

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 129

ESSAI DE CLASSIFICATION

DES

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS LES MALADIES MENTALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 juin 1930

PAR

Pierre LASSALLE

INTERNE PR. A L'ASILE DE CHATEAU-PIGON

Né à **BORDEAUX** (Gironde), le 9 mai 1903.

Examineurs de la Thèse	}	MM. ABADIÉ, professeur	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur	} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		DAMADE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 129

ESSAI DE CLASSIFICATION

DES

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS LES MALADIES MENTALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 juin 1930

PAR

Pierre LASSALLE

INTERNE PR. A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Né à **BORDEAUX** (Gironde), le 9 mai 1903.

Examineurs de la Thèse	}	MM. ABADIE, professeur	<i>Président</i>	
		CRUCHET, professeur	}	
		PERRENS, agrégé		<i>Juges.</i>
		DAMADE, agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	GHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	GREFY.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. .	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			MM. N. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage d'une grande reconnaissance et d'une vive affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCASSE

Conseiller général des Landes.

En témoignage de reconnaissance pour les conseils qu'il nous a bien souvent donnés et que nous nous sommes toujours efforcé de suivre.

A MES AMIS DE L'INTERNAT DE L'ASILE D'ALIENÉES DE CHATEAU-PICON

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÊMOIGNÉ DE L'INTERET OU DE L'AFFECTION

A LA MEMOIRE
DU DOCTEUR LATREILLE

Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRENS

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEDIEU-ANGLADE

*Médecin-Chef de l'Asile d'aliénées de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse et en témoignage d'une grande admiration.

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer les idées qui nous ont paru intéressantes au cours de notre première année de psychiatrie, nous tenons à remercier tout d'abord ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à notre formation médicale.

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous rappellerons l'accueil qui nous a été fait à l'asile de Château-Picon par le Docteur Latreille, aujourd'hui disparu.

Notre scolarité terminée, hésitant encore sur le choix d'une spécialité, sa *merveilleuse érudition*, sa *science* de toutes ces choses qui nous paraissaient si mystérieuses, nous ont donné le désir de mieux comprendre les aliénés et c'est auprès de lui que nous avons commencé à les soigner et à les aimer.

Vers lui va notre reconnaissance émue, il était de ceux qu'on n'oublie pas.

Nous avons eu ensuite la bonne fortune d'être attaché au service de M. le Professeur Perrens auprès duquel nous avons trouvé tout ce qu'un élève peut désirer de son maître, car il est toujours agréable de côtoyer ceux qui peuvent briller à la fois par la qualité et l'expression de la pensée. Il nous reste toujours, dit-on, quelque chose de ceux auprès desquels nous vivons; si cela était vrai pour nous et apparaissait dans notre travail, nous aurions atteint un de nos plus chers désirs.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre très grande admiration.

M. le Docteur Dedieu-Anglade nous a réservé dans son service et dans sa famille le plus aimable accueil; il a bien voulu

mettre à notre disposition les nombreuses ressources de son savoir et de sa grande expérience.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer, avec notre admiration pour une carrière particulièrement fertile en œuvres scientifiques, l'assurance d'un profond et respectueux attachement.

ESSAI DE CLASSIFICATION

DES

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

DANS LES MALADIES MENTALES

INTRODUCTION

La notion de personnalité semble trop rapprochée des problèmes métaphysiques pour qu'il soit possible d'en donner une définition exacte et surtout complète; si nous arrivons à nous représenter aisément notre personne physique, la conscience que nous avons de notre moi psychique ne nous en donne qu'un aperçu très restreint et se heurte à la barrière infranchissable de la notion de l'âme.

Mais pour la compréhension des faits, on a essayé de synthétiser les différents caractères que l'on a attribués à la personnalité et les éléments qui la composent. Encore faut-il s'entendre sur la signification de ce terme.

En effet, si nous ouvrons certains traités de psychologie, nous constatons que, au chapitre de la personnalité, il n'est question que de la conscience du moi et du corps.

D'autre part, si nous consultons des ouvrages récents, tels que celui de MM. Delmas et Boll, le manuel de psychologie

médicale de Kretschmer, nous voyons que ces auteurs désignent sous le terme de personnalité, non pas le sentiment que nous en avons, mais les éléments qui la constituent.

Si peu important que soit cet abus de terme en psychologie, il prend une plus grande valeur en séméiologie psychiatrique dans laquelle on désigne la plupart du temps sous la même expression de « troubles de la personnalité », d'une part les troubles des éléments qui la constituent, et d'autre part les troubles du sentiment que le malade peut en avoir.

Le plan d'un travail sur ce sujet nous paraît dès lors tout indiqué :

Dans une première partie, uniquement psychologique, nous exposerons les éléments constitutants de la personnalité et les forces qui entrent en jeu pour l'édification de notre individu.

L'étude de la conscience du moi psychique nous permettra ensuite de nous rendre compte que nous ne pouvons en avoir qu'une notion extrêmement vague et surtout très restreinte. Par contre, la représentation de notre corps et de ses rapports avec le monde extérieur paraît être beaucoup plus à notre portée.

C'est dans une deuxième partie que, nous servant du plan indiqué dans la première, nous rappellerons, d'une part, les troubles des éléments constitutants et, d'autre part, les troubles du sentiment de la personnalité.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté et la complexité d'un tel développement qui devrait être celui d'un véritable traité de psychiatrie, mais nous n'avons que l'intention de présenter une simple vue d'ensemble de la question qui nous permettra, dans la partie clinique, et à l'aide de quelques observations, dont l'une est très intéressante parce que très rare, de montrer que l'effondrement de la personnalité du dément et le sentiment de dédoublement d'un psychasthénique, par exemple, sont deux choses tout à fait différentes, ce qui est d'ailleurs évident, mais qui, à cause de cela même, ne devraient pas être désignées par le même terme.

Nous nous efforcerons, au cours de ce travail, de prendre dans les données psychologiques des caractères normaux ce qui est essentiel et admis par tous, afin de voir comment et dans quelles maladies ces différents caractères sont troublés. Nous serons souvent obligé de faire appel aux nombreux auteurs que nous avons consultés au sujet d'une question dont tous les aliénistes ont parlé; dans notre conclusion, nous indiquerons la part qui revient aux idées personnelles que nous aurons développées dans notre exposé.

PREMIÈRE PARTIE

LA PERSONNALITÉ. — SON ANALYSE

« La notion de personnalité est la première et la plus certaine à celui qui conduit par ordre ses pensées, mais elle est aussi de celles que l'on obscurcit en les voulant définir et qui ne s'acquièrent pas par l'étude et naissent avec nous. »

(DESCARTES.)

I

LA PERSONNALITE INNEE

1° Les propriétés primordiales de la vie.

Trois propriétés fondamentales se présentent d'emblée à tout observateur attentif à l'étude d'un être vivant, ce sont :

la nutrition, la génération, la motilité.

Une amibe, en incorporant à l'aide de ses pseudopodes les particules puisées dans le milieu ambiant, assure sa fonction de *nutrition*.

L'infusoire se fusionne parfois avec un autre individu de même espèce, en formant une nouvelle cellule; cette conjugaison de deux êtres se présente comme la manifestation d'une seconde propriété qui est celle de la *génération*.

Pour assurer ces deux fonctions, ces êtres se déplacent, mettant ainsi en œuvre la propriété qu'ils ont de se mouvoir, autrement dit : la *motilité*.

Mais ces propriétés ne pourraient s'exercer d'une façon utile si l'objet recherché pour assurer la nutrition n'était reconnu et situé par l'animal pour lui permettre de se porter dans sa direction; le milieu extérieur dans lequel il vit retentit sur lui d'une certaine façon, il le perçoit afin de s'en servir, grâce à sa *réceptivité*.

Cette quatrième propriété primordiale atteint chez les êtres les plus complexes une grande perfection, et sa fonction est as

surée par les organes des sens qui, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, apportent au cerveau tous les éléments qui seront utilisés par les aptitudes intellectuelles pour assurer les trois premières fonctions.

Si arbitraire que soit cette différenciation de propriétés qui, en réalité, sont étroitement dépendantes les unes des autres, il n'en est pas moins vrai qu'elle nous paraît traduire la réalité et elle va nous permettre de poser en quelque sorte les deux principaux piliers sur lesquels viendra se construire l'individu : l'instinct et l'intelligence.

OPPOSITION ENTRE L'INSTINCT ET L'INTELLIGENCE.

Nous avons pu déjà remarquer la différence essentielle qui existe entre la nutrition, la génération et la motilité d'une part, et la réceptivité de l'autre.

C'est aux trois premières que nous appliquerons le terme d'instinct et, en empruntant l'expression à M. Bergson, nous dirons « que l'instinct se confond avec la vie », il naît avec elle, il fait partie intégrante de l'individu et il peut, dans une certaine mesure, se suffire à lui-même.

Il n'en est pas de même de la réceptivité qui a besoin, pour se manifester, d'un milieu extérieur dans lequel elle puisera les éléments sans lesquels elle ne pourrait exister. Ces rapports entre l'être vivant et le milieu ambiant seront utilisés par les aptitudes intellectuelles. Nous voyons ainsi comment l'intelligence dérive de la réceptivité.

Une remarque nous paraît faciliter la compréhension de cette nette distinction entre l'intelligence et l'instinct. S'il nous est facile de nous représenter le cerveau comme étant un collecteur des images empruntées aux objets qui nous entourent, essayons de situer, de localiser nos instincts; et nous verrons que ce problème nous échappe, est intimement lié à celui de la vie, et les caractères par lesquels nous les avons définis nous paraîtront dès lors justifiés.

2° L'instinct.

L'étude de l'évolution des êtres nous montre comment se développent les instincts primitifs pour aboutir à ceux que nous observons chez l'homme.

De l'instinct de *nutrition* dérive ce que l'on peut désigner par l'« appétit » dans le sens le plus large du terme, comprenant la faim, la soif, le besoin de respirer ou d'excréter, etc.

La recherche de la nourriture a montré à l'homme l'avantage qu'il trouvait dans l'accumulation des réserves; il s'est rendu compte que la possession des richesses lui assurait une vie plus agréable, de là le désir d'accaparer tout ce qui lui semblait avantageux : fortune, influence, domination.

AVIDITÉ. — Ainsi s'est formée la tendance à l'*avidité* qui est notre disposition à réclamer ce qui nous est dû, à assurer nos droits, à étendre notre possession, à augmenter notre bien.

La nécessité de défendre sa vie et ses biens contre l'avidité d'autrui a fait naître chez l'animal et l'homme l'instinct de défense d'où est né l'instinct de cruauté.

BONTÉ. — Le besoin que tout individu a d'assurer sa fonction de génération se traduit par l'instinct sexuel qui le pousse à se rapprocher d'un individu de sexe opposé pour assurer la reproduction.

En employant une idée familière à A. Comte, nous dirons que « l'instinct sexuel stimule le développement de la sympathie en général » ⁽¹⁾ et nous en ferons dériver l'amour maternel, l'amour filial, l'amour fraternel, l'affection, l'amitié et enfin la tendance à la *bonté* qui nous pousse à aimer nos proches et nos semblables.

SOCIABILITÉ. — De même nous pouvons en faire dériver la *sociabilité*, qui nous fait rechercher l'amitié de ceux qui nous entourent et nous donne le désir de prendre une grande place dans leur pensée et dans leur vie.

(1) A. Comte, *Catéchisme positiviste*, p. 166.

Les habitudes de politesse, de savoir-vivre et de bienséance qui nous permettent de « plaire » sont à la base de la sociabilité.

Il est certain que, isolé, l'homme n'aurait pu assurer ses fonctions de nutrition et de génération; de là est né l'instinct grégaire, qui aboutit lui aussi à la sociabilité.

Toutes ces tendances poussent l'individu à agir, à travailler pour assurer sa nourriture, à se défendre pour la conserver, à rechercher la femelle pour se faire aimer d'elle, pour procréer, etc.

ACTIVITÉ. — C'est grâce à sa disposition à l'*activité* qu'il pourra assurer ces fonctions, car il a non seulement la puissance d'agir, mais il a aussi le besoin d'agir. Cette puissance d'action est en relation étroite avec la force de nos instincts et c'est cette force qui sera comprise dans le terme d'*affectivité* et que nous désignerons sous le nom de « puissance instinctive ».

Elle traduira la résultante des énergies instinctives mises en jeu à l'occasion d'une perception.

Nous définirons l'activité comme étant une tendance très complexe, celle qui traduit le mieux l'élan vital dont nous sommes animés à un degré plus ou moins grand. Elle se traduit non seulement par les actes que nous accomplissons, mais aussi par ceux que nous sommes sur le point d'accomplir et ceux que nous pourrions accomplir. C'est en somme une énergie « potentielle ». Le fait que notre humeur varie avec notre activité est d'observation courante. L'activité est presque toujours accompagnée de gaieté; la mollesse, l'apathie, sont souvent accompagnées de tristesse ou tout au moins d'indifférence.

ÉMOTIVITÉ. — Ce n'est pas uniquement par des mouvements, par des réactions motrices que nous réagissons au monde extérieur; nos perceptions s'accompagnent toujours d'un sentiment particulier de satisfaction, par exemple de surprise agréable ou désagréable, de peur, d'angoisse, etc., en un mot par une émotion qui se traduit par des modifications phy-

siologiques de nos fonctions organiques. Les rapports de l'émotivité avec la puissance instinctive sont tout au moins aussi importants que ceux qui ont été signalés au sujet de l'activité, car une émotion traduit un état affectif déterminé par une perception qui a brusquement mis en éveil toutes nos tendances et nos inclinations. Le développement de ces données dépassant le cadre de ce travail, nous nous contenterons de les admettre en nous basant sur les observations des auteurs consultés à ce sujet (1).

Un exemple nous permettra cependant de mieux comprendre ce que nous avons voulu dire en différenciant l'émotion, la puissance instinctive et l'activité : Deux individus passent devant un tableau de valeur; le premier est artiste, le second ne l'est pas.

La perception visuelle du tableau éveille chez le premier une émotion agréable qui ne pourrait se manifester sans faire appel à ses tendances qui le portent à aimer les œuvres d'art, autrement dit sans mettre en jeu ses tendances instinctives; il s'arrête pour l'examiner ou s'approche pour le voir de plus près; il réagit donc d'une façon motrice à une émotion, à un état affectif.

Le deuxième a la même perception, mais elle n'éveille en lui aucune émotion parce que la mise en jeu des tendances ne s'est traduite par aucune « puissance instinctive ».

Il existe donc tout d'abord une perception qui met en mouvement les tendances en rapport avec elle (tendances à l'esthétique, dans l'exemple donné); l'intensité de l'émotion consécutive sera proportionnelle à la force des tendances et elle engendrera la réaction motrice.

Nous voyons ainsi que tout dépend de ce que nous avons désigné sous le nom de puissance instinctive.

Tels sont, présentés dans une schématisation nécessaire, les différents instincts qui, développés au cours de l'évolution des êtres, nous sont donnés en naissant.

(1) Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, Flammarion, 1923.
Lassalle

Ce sont des « éléments fixes, invariables, héréditaires de l'affectivité générale qui se groupent en ensembles compacts autour de certaines fins vitales » (4).

Nous avons cherché à indiquer simplement les principaux, ceux que nous retrouverons mis en évidence dans les constitutions psychopathiques.

3° L'affectivité.

Dans l'exemple donné au sujet de l'émotivité, nous avons vu qu'une perception fait tout d'abord appel aux tendances qui engendrent une force dont l'émotion et la réaction motrice ne sont que les résultats.

Nous diviserons donc tout processus affectif en trois parties :

a) La « puissance instinctive », qui est la résultante des forces mises en jeu par la perception;

b) « L'émotion », qui traduit la nature et le degré de la modification interne qu'une influence extérieure fait subir à l'individu;

c) Par « impulsion », nous entendrons le résultat dynamique qui découle de la modification intense produite par l'émotion et qui se traduit non seulement par le mouvement, mais aussi par l'accroissement ou la diminution de l'intérêt, de l'attention, de la vivacité, de la force d'expression et de l'énergie.

Nous avons ainsi cherché à différencier l'instinct proprement dit de la puissance instinctive.

Le premier terme désigne l'objet lui-même; le deuxième désigne la manifestation de cet objet et a été à cause de cela détaché de l'instinct pour être rattaché à l'affectivité.

C'est dans ce sens que nous dirons plus loin : Dans la démence précoce, ce n'est pas l'instinct qui est troublé, c'est l'affectivité, et par conséquent la manifestation dynamique de l'instinct.

(1) Kretschmer, *Manuel de psychologie médicale*. Payot, Paris, 1927, p. 223.

4° L'intelligence.

La réceptivité est la propriété que possède tout être vivant d'avoir des sensations. « La perceptivité lui permet de se faire une représentation des objets extérieurs et de soi-même. Indiquons que, chez l'homme, la sensation proprement dite est à peu près inexistante et ne se conçoit guère que par un effort d'abstraction; c'est toujours sous la forme de la perception que la quatrième propriété primordiale se manifeste à nous et cette perception consiste dans la juxtaposition des diverses sensations et résulte d'une élaboration des sens par suite du développement du système nerveux; en d'autres termes, la perceptivité constitue le premier stade de complication du développement de la réceptivité vers les aptitudes intellectuelles. » (1).

Les psychologues admettent en général que, sur ces éléments de la vie intellectuelle que sont les perceptions, l'esprit humain se livre à trois sortes d'opérations :

a) Il peut assimiler ses perceptions, les conserver et les reproduire, en les reconnaissant et en les localisant, sous forme d'impressions secondaires ou images.

Bornée à la conservation et à la reproduction, cette faculté constitue *l'habitude*.

Complétée par la reconnaissance et la localisation, on la désigne sous le nom de *mémoire*.

b) Nos perceptions peuvent se rapprocher les unes des autres, se réunir par contiguïté, par ressemblance et par contraste; cette élaboration de la perceptivité n'est autre que l'association des images et forme *l'imagination*.

c) Il est certain que toutes nos perceptions n'ont pas à nos yeux la même valeur et nous avons le pouvoir de « remarquer dans le flux continu des états de conscience certains moments que nous fixons en les isolant du reste et en leur donnant une

(1) Delmas et Boll, *loc. cit.*, p. 85.

existence indépendante » (1). C'est là la manifestation de la fonction de discrimination. Nous avons également le pouvoir de mettre en présence deux ou plusieurs états de conscience, de voir les rapports qui existent entre eux et d'arriver ainsi à une nouvelle idée. Ce raisonnement déductif, opération essentielle de l'activité intellectuelle, forme le *jugement*, qui est défini comme étant « la faculté de l'entendement qui saisit les rapports entre les idées, qui apprécie sainement les choses » (Littré).

Les trois aptitudes intellectuelles : mémoire, imagination, jugement, sont à la base de la pensée et « elles ne sont trois fonctions distinctes que si on les considère abstraitement comme on est bien forcé de le faire pour les étudier » (2).

Tels sont les éléments essentiels de notre personnalité innée qui nous est transmise par nos ascendants. Formée par l'ensemble de nos tendances instinctives et la synthèse de nos aptitudes intellectuelles, elle est considérée comme *originelle*, car elle représente tout ce que nous recevons de notre hérédité, et *fondamentale*, car d'elle dépend avant tout et surtout ce que nous deviendrons dans le cours de notre vie.

(1) Abel Rey, *Psychologie*, p. 129.

(2) Abel Rey, *Psychologie*, p. 147.

II

LA PERSONNALITE ACQUISE

En étudiant ce qui est à la fois primitif et permanent en nous, ce qui nous a été transmis par l'hérédité, nous avons fait, pour employer l'expression des psychologues, de la « psychostatique ».

L'étude de la mise en valeur de ces éléments par la vie elle-même, la façon dont l'individu s'en sert pour assurer son « comportement », c'est-à-dire la façon dont il réagit au milieu extérieur, constituent la « psychodynamique ».

Les acquisitions faites par l'homme au cours de son existence ne sont pas complètement perdues; un grand nombre s'incorpore en quelque sorte à l'individu pour faire partie intégrante de lui-même et ce sont ces acquisitions qui, s'unissant à la personnalité innée, constituent la personnalité véritable.

Il est aisé de comprendre que si deux êtres peuvent avoir dans une certaine mesure une hérédité commune, il leur est impossible d'avoir exactement les mêmes perceptions et de vivre dans les mêmes conditions; par conséquent, ils ne peuvent avoir la même personnalité.

« Si, par impossible, deux hommes étaient faits de telle sorte que leurs deux organismes fussent identiques comme constitution et que leurs influences héréditaires fussent rigoureusement semblables; si, par une impossibilité plus grande encore, l'un et l'autre recevaient les mêmes impressions physiques et morales aux mêmes moments, il n'y aurait plus entre eux d'autre différence que celle de leur position dans l'es-

pace », écrit Ribot dans son livre déjà ancien sur les maladies de la personnalité.

Or ces conditions sont absolument irréalisables, et c'est pourquoi deux individus ne peuvent pas être identiques.

Dans quels domaines se font ces acquisitions et comment viennent-elles s'ajouter à la personnalité innée, c'est ce que nous voudrions indiquer dans ce paragraphe.

Les acquisitions sont évidemment d'ordre intellectuel, puisque nous avons considéré l'instinct comme fondamental et essentiel, mais la force des différentes tendances ne peut-elle pas subir des modifications de degré au cours de l'existence? Cela est absolument certain, car sans ces modifications l'homme n'aurait jamais pu s'adapter à une vie sociale.

Nos dispositions instinctives nous paraissent en effet être dépourvues de valeur quantitative déterminée lorsqu'elles nous sont données ; elles ont une force non équilibrée ; c'est le jugement et le raisonnement qui permettent à l'homme de se rendre compte du degré qu'il convient de leur donner, et la volonté, lui permettant de refréner et de diriger son activité dans un sens déterminé, fait le reste.

Voici exactement ce que nous voulons dire :

L'homme possède une tendance à l'avidité qui entraîne le besoin de tout posséder ; par conséquent, il va s'emparer de tout ce qui se trouve à sa portée, mais il va se heurter à l'avidité d'autrui, qui, pour garder son bien, n'hésitera pas à se défendre et même à tuer son ennemi ; si nous ne perdons pas de vue la tendance primordiale à la conservation, nous pouvons admettre que l'homme, grâce à son jugement, se rend compte que, désirant assurer une de ses propriétés primordiales, il va contre ses désirs ; il refrénera donc sa tendance à l'avidité ; il se contentera de moins, pour pouvoir assurer son existence.

Prenons la tendance opposée, qui est la disposition à la bonté. Il est d'observation courante que si l'enfant garde jalousement ce qu'il possède et manifeste très rapidement son instinct de propriété, mais il est parfois disposé à tout don-

ner si son compagnon de jeu lui a par hasard inspiré un sentiment de sympathie. C'est sa personnalité innée qui se révèle à ce moment ; mais supposons que ce même enfant soit généreux avec des ingrats, qui ne lui seront pas reconnaissants de sa générosité ; s'il lui arrive d'avoir été trompé par des méchants, d'avoir souffert de son excès de bonté, sa mémoire lui ayant permis de fixer ces faits, son imagination lui ayant permis de les associer, son jugement lui ayant fait comprendre qu'il avait mal agi, nous verrons diminuer en lui cette tendance à la bonté.

L'équilibre entre l'avidité et la bonté donnera à l'individu une réaction normale.

Le même raisonnement pourrait être fait au sujet de toutes les tendances, et cela paraît justifier l'hypothèse que nous avons émise plus haut, à savoir que les dispositions sont originellement dominantes et sont réduites et réglées en quelque sorte par les facteurs intellectuels, qui, aidés de nos jours par l'éducation, permettent à l'enfant d'équilibrer ses tendances pour s'adapter à une vie normale.

« La formation de la personnalité acquise apparaît ainsi comme une modification de la valeur déterminante de certaines dispositions, sous la poussée du dynamisme, qui, quotidiennement répété, tend à créer une interaction et une collaboration de plus en plus étroite entre toutes les dispositions. » (1).

Formée au point de vue intellectuel par nos souvenirs, par nos habitudes au point de vue moteur, c'est surtout dans le domaine de l'affectivité que la personnalité est plus riche et plus complexe ; elle consiste alors en goûts, tels que le goût du jeu, de la marche, des voyages, etc., et en inclinations : affection, amitié, attachement, amour, passion, patriotisme et, en sens contraire, antipathie, rancune, animosité, etc.

Si nous désignons sous le nom de « tempérament » la syn-

(1) Delmas et Boll, *loc. cit.*, p. 248.

thèse des dispositions innées auxquelles se superposeront les habitudes, les goûts, les inclinations, pour former la personnalité acquise, nous réserverons le terme de « caractère » au tempérament modifié par ces habitudes, ces goûts et ces inclinations : « caractère devient donc synonyme de personnalité affective-active » (Delmas et Boll).

Mais nous ne pouvons parler de caractère et de tempérament sans signaler les relations étroites qui existent entre les manifestations d'un individu et ses fonctions organiques; la structure du corps et son mode de fonctionnement interviennent pour une très grande part dans la formation de la personnalité et surtout dans ses manifestations et nous ne saurions mieux exprimer ce point de vue qu'en résumant quelques pages de Kretschmer écrites à ce sujet.

Après avoir exposé les notions actuelles sur les rapports entre l'âme et le corps et en se basant sur les observations faites par de nombreux auteurs sur la grippe cérébrale, il conclut en indiquant les rapports qui paraissent exister entre la substance grise cérébrale, d'une part, et l'affectivité et les fonctions de la vie consciente, d'autre part; « entre ce commutateur central de la sensibilité qu'est le corps optique ou thalamus et les sentiments généraux, c'est-à-dire les sensations de douleur, de plaisir et de vie instinctive ».

C'est la base du cerveau qui constituerait pour lui le noyau de la personnalité, tandis que les hémisphères cérébraux ne formeraient qu'un instrument compliqué se trouvant sous la dépendance de la base. « Cette fine différenciation des impulsions, des réactions affectives et des comportements réflexes qui forment le patrimoine instinctif emmagasiné dans la base du cerveau se trouve sous la dépendance étroite du développement de l'écorce cérébrale et c'est dans cette différenciation qu'il faut voir l'élément psychologique et distinctif de ce que l'on appelle une personnalité humaine. Les recherches faites sur les glandes à sécrétion interne, telles que la glande thyroïde, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes sé-

minales, etc., ont montré que ces glandes exercent sur la vie psychique une influence profonde, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, cette influence s'exerçant plus particulièrement sur le tempérament, sur le côté affectif et impulsif de la personnalité.

Comme les rapports entre les glandes à sécrétion interne et l'appareil nerveux sont assurés pour une bonne moitié par la voie sanguine et chimique, c'est-à-dire par l'intermédiaire de substances stimulantes (hormones) que ces glandes déversent dans le sang, on est obligé de compléter, même en ce qui concerne les rapports entre le corps et l'âme, la conception purement cellulaire par la conception *humorale*, qui avait dominé autrefois d'une façon à peu près exclusive. » (1).

Tels sont, rapidement résumés, les différents facteurs et les mécanismes qui concourent à la formation de notre personnalité. Elle apparaît donc comme étant le résultat de la façon particulière dont un individu se sert de ses facteurs intellectuels et de ses acquisitions pour donner à ses tendances une valeur déterminée lui permettant de s'adapter au milieu extérieur afin d'assurer sa conservation et celle de son espèce.

(1) Kretschmer, *loc. cit.*, p. 30.

III

CONSCIENCE ET PERCEPTION DE LA PERSONNALITE

Sans se préoccuper des nombreuses théories qui ont été abondamment développées au sujet de la conscience du moi et qui entraîneraient fatalement à des considérations métaphysiques, essayons d'indiquer simplement les faits tels qu'ils se présentent à l'observation.

Nous verrons ainsi que tout individu a un sentiment de sa personnalité et nous verrons, en nous servant de la thèse de M. Hesnard, comment il arrive à ce sentiment.

Chaque homme normal possède la notion qu'il est un organisme unique et différent des autres et sait que cette notion est due à l'association de deux éléments : la personne mentale et la personne physique; mais la représentation que l'homme a de cet organisme, l'idée de personnalité qu'il se fait, ne donne de la personnalité réelle étudiée au chapitre précédent qu'un « schéma vague, à peu près comme l'idée générale d'homme représente les hommes, ou comme le plan d'une ville représente cette ville » (Ribot).

En dissociant artificiellement et pour l'étude des faits la synthèse de ces deux éléments, nous verrons tout d'abord la façon dont nous avons conscience de notre personne mentale d'une part, et de notre personne physique d'autre part.

L'étude de la première est celle du « moi » et du « je »; l'étude de la seconde est celle de la perception du corps et de tout ce qui s'y rattache.

LE « MOI ».

Hume, cherchant à atteindre son moi, ne saisissait à chaque instant du temps qu'un état de conscience, une perception, un sentiment de l'effort, et Ribot, condamnant l'introspection

comme moyen d'investigation dans ces matières, écrivait : « Réfléchir sur son moi, c'est prendre une position qui en change la nature. »

Cette conscience du moi manifeste la tendance à se retirer pour rentrer en elle-même toutes les fois que nous croyons la connaître dans telle ou telle de ses parties constituantes. « Ceci n'est pas moi, c'est mon doigt », dira l'un; « Ceci n'est pas moi, c'est une idée qui m'assaille », dira l'autre. C'est ainsi que le moi est à la fois « l'entité la plus imaginaire et la plus immédiatement certaine » (Kretschmer).

Quoi qu'il en soit, nous pouvons voir comment nos perceptions, nos états de conscience, se rattachent plus ou moins à notre moi.

Considérons tout d'abord les idées abstraites. Qu'y a-t-il de nous dans une idée abstraite, un raisonnement, une doctrine philosophique, qui nous sont venues du dehors? Bien peu de chose assurément, surtout si, comme les notions de syntaxe latine d'un collégien, par exemple, elles sont dépourvues d'affectivité.

Par contre, rien ne peut être plus nôtre que nos sensations, mais nous n'y pensons jamais et nous ne considérons que l'objet perçu et non la façon dont il est perçu.

Les actes dans lesquels l'habitude a éteint la conscience des mobiles et du but semblent se détacher de nous, au point que nous nous souvenons moins de les avoir accomplis que de ne pas les avoir accomplis; nous sommes plus sensibles à leur absence qu'à leur présence. Tout notre subconscient est en nous sans que nous y pensions. Mais si notre désir, notre affectivité, entrent en jeu pour un acte nouveau et déterminé, nous faisons alors appel à notre volonté et nous avons bien l'impression que c'est notre moi qui en dirige et détermine l'exécution.

« Volonté et effort » sont donc le fondement de la personnalité (Humes-James).

LE « JE ».

C'est le « je » qui a conscience de ce « moi ». Mais le « je » et le « moi » n'ont pas néanmoins d'existences séparées.

« Il n'en est pas moins pour la conscience une réalité qu'elle connaît ou, du moins, qu'elle croit connaître. Il n'est donc pas impossible de dire, sinon ce qu'il est, du moins comment il apparaît. » (1).

Notre « je » assiste, notre vie durant, à chacun des moments de notre conscience. Le présent est donc son domaine, non le présent abstrait, mais le présent concret, dans lequel nous voyons naître, grandir et mourir nos états psychiques.

Encore plus qu'au présent, le « je » appartient au passé, car nous sommes surtout ce que nous nous souvenons d'avoir été.

« La personnalité, dit Ribot, n'est que l'ensemble des souvenirs qui nous sont propres. »

Et, d'autre part, nous ne sommes pas seulement ce que nous avons été, nous sommes aussi ce que nous serons. L'acte à accomplir est l'essentiel de la vie, la conscience est avant tout occupée de ce que le « je » va faire.

« Réduire le « je » au présent et au passé, c'est le déformer pour le comprendre, mais ce n'est pas le vivre. Le « je » tel qu'il se joue à la conscience, c'est le « moi » à venir flottant à la surface du « moi » passé, qu'il a déposé en cours de route. » (2).

On s'accorde à reconnaître que le « je » éveille à la conscience un certain nombre de sentiments originaux, sur la portée desquels les discussions ne sont pas encore closes, mais qui nous paraissent utiles pour une classification des troubles de la conscience de la personnalité.

Ils sont au nombre de trois :

- a) Sentiment d'unité et d'identité;
- b) Sentiment de spécificité;
- c) Sentiment de valeur.

(1) Georges Dumas, *Traité de psychologie*, Alcan, p. 349.

(2) Id., *ibid.*, p. 331.

a) *Sentiment d'unité et d'identité.* — Au milieu de tous ses changements, de toutes ses variations, le « moi » nous apparaît toujours avec ses caractères d'unité et d'identité; autrement dit, malgré les circonstances les plus diverses dans lesquelles nous vivons, malgré les maladies, les mutilations même, nous avons toujours l'impression d'une personnalité unique et différente peut-être dans ses manifestations, mais toujours identique dans son essence à celle que nous nous sommes toujours connue.

Cette identité et cette unité semblent être en rapport avec les caractères correspondants de la personne physique.

b) *Sentiment de spécificité.* — Ce sentiment traduit l'impression que les « je » a d'être le théâtre et la cause des états du « moi »; il les accepte pour siens, ils lui appartiennent en propre.

Nous verrons que, dans certains états de dépersonnalisation, le sentiment d'unité et d'identité étant demeuré intact, mais le sentiment de spécificité étant troublé, le malade ne reconnaît plus les états de conscience comme lui appartenant.

c) *Sentiment de valeur et de puissance.* — Le sentiment de valeur est peut-être le plus facile à saisir; chacun, en effet, a conscience de sa valeur, c'est-à-dire de la place qu'il occupe dans la société et de la puissance qui est en lui. Un jugement sain peut à la rigueur bien apprécier sa propre personnalité, mais nous verrons que sous l'influence de l'hypertrophie des tendances, par exemple, le sentiment de valeur est profondément troublé.

En dehors des troubles aussi graves, ce sentiment peut subir chez l'individu normal des variations incessantes dues aux circonstances dans lesquelles il vit et aux influences indiscutables des états viscéraux et organiques.

Celui qui a toujours réussi dans toutes ses entreprises, celui qui a toujours vu la chance lui sourire et le succès couronner ses efforts, n'a pas de raison de douter de sa valeur et, fort de son passé, il entreprend ses affaires avec l'assurance de celui qui est sûr du succès. Par contre, celui qui a vu la plupart de

ses tentatives échouer par suite d'événements malheureux n'a plus confiance en sa bonne étoile et doute de lui-même.

Il est d'observation courante qu'un bon état de santé augmente, avec l'euphorie, le sentiment de valeur; par contre, la même variation, mais en sens contraire, se rencontre dans les états de dépression physique, nous montrant ainsi que le psychisme et le corps d'un individu, séparés ici pour l'étude des faits, sont en réalité deux choses étroitement unies et indissolubles, ainsi que nous l'avons déjà remarqué lorsque nous avons basé le sentiment d'unité et d'identité sur l'unité et l'identité de la personne physique.

LE CORPS.

Nous ne pouvons concevoir ce que serait notre existence sans notre corps; sa position par rapport au « moi » est en vérité unique, et quand nous disons : « Ceci n'est pas moi, c'est ma jambe », nous exprimons tout simplement ce fait que notre jambe ne suffit pas à constituer toute notre personnalité; mais si nous nous éloignons des extrémités vers les centres, nous avons l'impression que nous nous rapprochons de notre moi.

En effet l'âme et le principe vital ont été logés partout, au foie, au cœur, au cerveau, mais jamais aux bras ou aux jambes. C'est sans doute parce que l'immense majorité des sensations qui nous viennent de nos membres, pour subjectives qu'elles soient, sont immédiatement convertibles en images visuelles de position et deviennent ainsi objectives.

En effet, nous recevons de notre corps des impressions sensorielles analogues à celles qui nous viennent des autres objets; nous pouvons le voir et le toucher.

Les sensations kinesthésiques ou de mouvement, statiques ou de position, les sensations musculaires et articulaires qui en sont les composantes, la sensibilité osseuse, la sensibilité viscérale, enfin, constituent à la conscience du corps un apport considérable.

Chez l'adulte normal, elles sont très vagues et imprécises, mais l'étude des maladies du système nerveux en manifeste le rôle et l'existence en isolant leurs éléments. On les englobe souvent dans la cénesthésie qui n'est en somme que la sensibilité générale, et on les limite parfois aux sensations viscérales, qui en forment le contenu principal.

En fait, nous avons simplement une impression d'ensemble de notre vie organique; comme elle dépend du fonctionnement de tous les organes, nous supposons que chaque détail de ce fonctionnement est l'origine d'une sensation particulière.

Mais, ainsi que l'expose M. Hesnard dans sa thèse, il y a dans le sentiment de la personne physique autre chose que des sensations élémentaires. De même que les sensations dites extérieures doivent être synthétisées, perçues et finalement appropriées par la personne, de même les sensations internes doivent entrer dans l'activité des centres et ensuite être assimilées; à cette seule condition, le sujet aura conscience de son corps perçu comme objet présent et réel.

En un mot, la synthèse mentale, la synthèse d'états de conscience, se comporte de la même façon envers les représentations venues du dehors et envers celles venues du dedans. Elle les complète, en s'y appliquant. Cette activité qui nous fait percevoir les choses actuelles et transforme des représentations quelconques, sans localisations précises, en perceptions complètes localisées dans le moment présent, dans l'actuel, a été entrevue par Ribot et étudiée par les auteurs contemporains, elle a été appelée « sens du réel », « attention à la vie présente », par les philosophes (Spencer, Lange, James, Bergson).

Pour Janet et Raymond, c'est une fonction très complexe de la synthèse mentale, manifestée aussi bien dans l'action sociale que dans les opérations de la connaissance; pour Hartemberg, c'est une simple qualité sensorielle; pour Hesnard, c'est une qualité « perceptive », les phénomènes de sensation simple nous paraissant insuffisants à la déterminer.

Bien souvent, en effet, chez certains malades, l'insuffisance

de la perception extérieure se présente en même temps que celle de la perception de leur corps. « Le sens du corps peut être chez eux intact, tout au moins dans ses éléments essentiels, mais la connaissance complète de leur corps leur fait défaut parce qu'ils éprouvent une maladie de leur perception corporelle. » (1).

Nous retrouvons ici, applicables à la personne physique, les sentiments d'unité, d'identité, de valeur et de puissance que nous avons signalés au sujet de la personne mentale.

Voici donc admise la connaissance que nous avons de notre corps, mais notre personnalité s'arrête-t-elle à nos extrémités digitales? Il ne pourrait en être ainsi, et son rayonnement s'étend sur les objets extérieurs; il s'étend d'autant plus que l'individu occupe dans la société une situation plus élevée; celui d'un pauvre bûcheron ne dépasse pas les limites de sa cabane et de sa forêt, celui de Napoléon s'étendait à une grande partie du monde. Notre « moi » colonise autour de lui; il cherche à étendre ses possessions, son autorité et son influence.

Il s'étend d'abord parmi les hommes; nous disons en effet que sont nôtres les membres de notre famille, nos amis, nos camarades, nos relations; « mon armée », dit le général; « mon royaume », disaient les rois.

Il s'étend aussi, et peut-être avec plus d'âpreté, parmi les choses qui ont à nos yeux d'autant plus de valeur que leur représentation comporte une plus grande charge affective. Notre logis, les menus objets qui nous entourent et au milieu desquels nous vivons font partie de nous-mêmes à cause des souvenirs qui s'y rattachent. Nos vieux habits font partie de notre personne et c'est toujours avec regret que nous les quittons. Le vieil avare réagit à l'usurpation de ses biens comme à une mutilation de son « moi ».

En somme tous les événements de notre existence nous

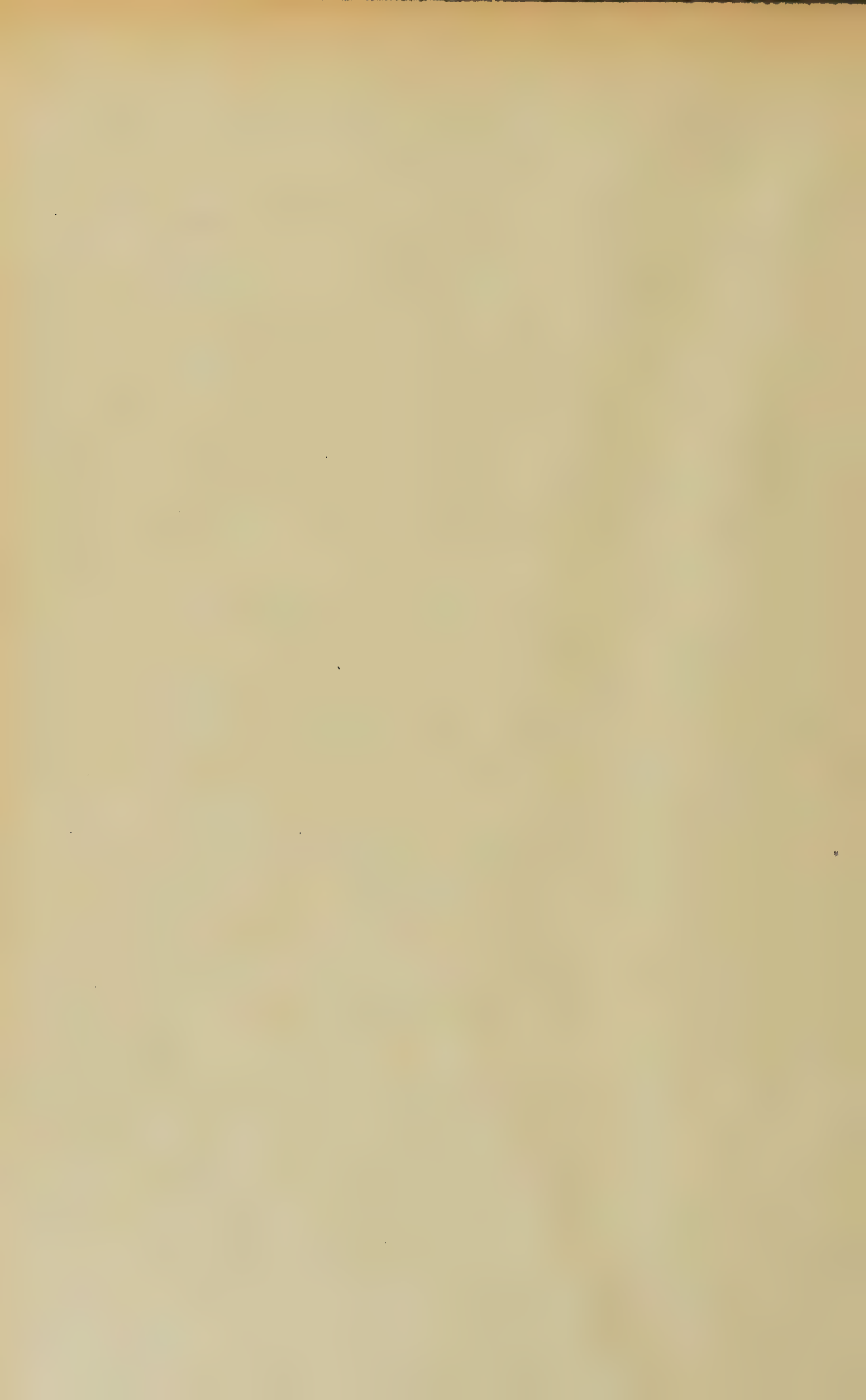
(1) Hesnard, *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique*, thèse de Bordeaux, 1909, p. 31.

prouvent que le « mien » est pour ainsi dire scellé dans notre « moi ».

Tout individu a donc conscience de sa personnalité, à laquelle certains sentiments sont attachés; il a conscience de son corps avec ses caractères et ses possibilités, sa puissance ou son insuffisance; il sait reconnaître ce qui lui appartient de ce qui ne lui appartient pas; il sait, en un mot, fixer lui-même les limites du rayonnement de son « moi ».

Mais dans quelle mesure est-il capable de porter sur lui-même un jugement tel qu'il ne s'éloigne pas trop de la vérité ? Nous verrons que cette appréciation est proportionnelle à la qualité du jugement.

Nous avons présenté les caractères de la personnalité sans chercher à en donner des explications, qui, puisées dans de nombreuses théories plus ou moins contradictoires, ne nous avanceraient à rien au point de vue clinique. Ayant simplement en vue une question de séméiologie psychiatrique, nous nous sommes occupé uniquement de ce que les psychologues ont constaté chez les individus normaux. En reprenant chacun de ces caractères et en cherchant à voir en quoi et comment ils diffèrent dans les maladies mentales, nous pensons, non pas faire une étude détaillée, mais donner une vue d'ensemble des troubles de la personnalité et essayer d'indiquer le terme qu'il convient de donner à chacun.



DEUXIÈME PARTIE

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ



TROUBLES DES ELEMENTS CONSTITUANTS DE LA PERSONNALITE

1° Troubles de l'instinct.

Depuis très longtemps, les aliénistes français, en particulier Morel et Magnau, avaient montré que les sujets chez lesquels apparaissent les psychoses constitutionnelles présentent dès l'enfance et pendant tout le cours de leur existence des caractères originaux qui leur donnent comme une sorte de personnalité morbide. « Il est incontestable, écrit Morel, qu'un grand nombre de personnes souffrent toute leur vie d'un état névropathique sans jamais franchir la ligne de démarcation, si difficile parfois à bien préciser, qui sépare la raison de la folie. » (1) C'est en se basant sur ces observations que ces sujets ont été tour à tour désignés par les appellations de « prédisposés », d'« héréditaires », de « dégénérés », de « déséquilibrés », etc.

Nous avons admis que l'instinct était constitué par l'ensemble des tendances de l'individu qui nous sont données avec une valeur indéterminée qui serait réglée, limitée par le pouvoir de l'intelligence, jouant en quelque sorte le rôle d'un appareil freinateur.

Nous pouvons admettre que, parmi les tendances héréditaires, l'une d'elles est pourvue d'une force beaucoup plus grande que les autres, et que l'intelligence de l'individu est impuissante à la réduire; son jugement lui montrera en vain

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860.

l'influence néfaste de cette tendance, sa volonté sera impuissante à la refréner.

Nous arriverions exactement au même résultat en supposant que le raisonnement congénitalement atteint n'aurait pas une qualité suffisante pour montrer à cet individu la priorité malheureuse de cet instinct hypertrophié.

Quoi qu'il en soit, après les nombreuses études faites sur ce sujet pendant ces vingt dernières années, les auteurs admettent l'existence des constitutions psychopathiques, caractérisées par l'existence, chez un sujet, d'un ensemble spécial et défini de tendances qui, faisant partie intégrante de l'individu, permettent de prévoir vers quelle psychose il est susceptible d'évoluer.

Elles créent un terrain spécifique propre au développement des psychoses, mais il est incontestable qu'elles ne suffisent pas à provoquer leur apparition.

Entre un individu atteint d'une constitution déterminée, ayant évolué vers la psychose, et un deuxième présentant exactement la même constitution sans verser dans la maladie, il y a évidemment une différence, et cette différence, c'est la maladie elle-même dont nous ne connaissons à peu près rien en dehors de ses manifestations cliniques.

Les constitutions nettement définies et délimitées sont au nombre de six :

- 1° Constitution paranoïaque;
- 2° Constitution perverse;
- 3° Constitution mythomaniaque;
- 4° Constitution cyclothymique;
- 5° Constitution hyperémotive;
- 6° Constitution schizoïde.

CONSTITUTION PARANOÏAQUE.

Nous avons vu que notre disposition à l'avidité nous poussait à réclamer ce qui nous est dû. Variable dans son intensité d'un individu à l'autre, elle peut, chez certains, atteindre un

développement exagéré qui les fait désigner par les termes d'intéressés, cupides, âpres au gain, etc., s'il s'agit de choses matérielles, et d'orgueilleux, de prétentieux, de mégalomanes, s'il s'agit d'actions morales ou sociales.

La tendance exagérée à l'orgueil résume ces aptitudes et définit la constitution paranoïaque. Poussé par son autophobie, par son hypertrophie du moi, le sujet réclame plus qu'il ne lui est dû; ne pouvant l'obtenir, il se croit, à tort, lésé et finit par être persuadé que la malveillance d'autrui s'est ingéniée à le frustrer.

Les psychoses d'interprétation et de revendication peuvent avoir ces erreurs pour origine.

Kraepelin les définit comme étant des affections qui résultent des causes constitutionnelles et dans lesquelles se développe lentement un système délirant, durable, immuable, associé avec une parfaite conservation de la clarté et de l'ordre dans la pensée, la volonté et l'action.

Sérieux et Capgras ont mis en évidence, dans l'étude du délire d'interprétation, la coexistence de deux ordres de symptômes, en apparence contradictoires : d'un côté des troubles délirants manifestes, de l'autre une conservation de l'activité mentale.

Chez ces malades, la satisfaction d'une tendance trouble le jugement, un peu comme le ferait un état passionnel; le point de départ est une sensation réelle, un fait exact, c'est le raisonnement qui est faux.

CONSTITUTION PERVERSE.

Ce n'est pas l'hypertrophie de notre tendance naturelle à la bonté qui aboutit à la constitution perverse, mais plutôt son atrophie. Le pervers désire peut-être moins nuire à autrui qu'être agréable à lui-même; il ne sait pas renoncer à ses avantages personnels, même s'ils ont pour effet de porter préjudice aux autres; il se résout trop facilement au mal, surtout pour satisfaire son égoïsme.

Dupré insiste sur « l'irréductibilité des tendances perverses, qui se traduit par le récidivisme incessant de la faute, l'impossibilité de l'amendement du coupable, bref sur l'incorrigibilité du pervers ».

Chez lui, l'intelligence, la raison n'ont pas eu une force suffisante pour refréner les instincts dont la satisfaction immédiate met l'individu dans l'impossibilité d'assurer ses propriétés primordiales car il ne peut s'adapter à un milieu social.

CONSTITUTION MYTHOMANIAQUE.

L'exagération du désir que nous avons tous de vouloir plaire aux autres aboutit à la constitution mythomaniaque. Elle se caractérise par un emploi abusif de tous les moyens plus ou moins artificiels et faux que nous estimons propres à nous faire paraître sous le jour le plus favorable et parmi lesquels le mensonge sous toutes ses formes tient la première place (1).

C'est pour Dupré « une variété de déséquilibre psychique caractérisé par une tendance à l'altération de la vérité, au mensonge, à la fabulation, à la simulation. » (2).

Pour cet auteur, la mythomanie constitue un état psychique normal de la seconde enfance et disparaîtrait sous l'influence du développement de la vie intellectuelle. Mais cet état de mythomanie peut persister pendant toute la vie et peut, dans certains cas, ne pas se manifester par des troubles morbides.

Parfois, au contraire, les sujets aboutissent à des réactions pathologiques qui se traduisent tantôt par des fabulations, des mises en scène romanesques et souvent scandaleuses, et tantôt par des simulations d'états maladifs, dans le but d'exciter l'étonnement et l'intérêt.

C'est l'hystérie de Charcot, le pithiatisme de Babinski. Notons que ces malades peuvent être atteints d'une psychose

(1) Delmas et Boll, *Loc. cit.*, p. 89.

(2) *Paris médical*, 1911.

n'ayant aucun rapport avec cette constitution, un accès de mélancolie, par exemple; ils apportent alors dans la manifestation de leur syndrome un caractère particulier où la marque de leur disposition mythomaniaque se reconnaît souvent avec une saisissante évidence.

CONSTITUTION CYCLOTHYMIQUE.

Les variations de l'activité constatées chez tous les individus prennent chez certains un aspect particulier et toujours identique car ils passent successivement d'une activité excessive avec euphorie à une apathie insurmontable s'accompagnant de tristesse. Ce passage se fait le plus souvent sans cause apparente ou disproportionnée avec son résultat. Toujours dans un excès ou dans un autre, le cyclothymique est incapable de se tenir dans un juste milieu et c'est ce qui caractérise son déséquilibre psychique qui peut, dans certains cas, s'accroître au point d'aboutir à une véritable maladie mentale qui est la psychose maniaco-dépressive.

CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE.

Sa connaissance est due à la description initiale que M. Dupré en a donnée.

« C'est un mode de déséquilibration caractérisé à la fois par l'exagération diffuse de la sensibilité et par l'insuffisance de l'inhibition motrice (réflexe et volontaire), en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui le sollicitent des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée, et se montre ainsi incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux. » (1).

Ces sujets sont ceux que l'on désigne communément sous les noms de « sensibles » et « d'impressionnables » et qui non seulement réagissent d'une manière particulièrement brusque

(1) Société de neurologie, déc. 1909.

aux émotions, mais restent toujours sous l'empire d'une sorte de gêne psychique se traduisant par un état continuuel d'appréhensions, de craintes, de doutes, de scrupules, d'hésitations et d'impulsivité, etc.

Des phénomènes objectifs traduisent ces résultats et ils consistent dans l'exagération des phénomènes normaux (réflexes).

Si ces phénomènes constatés à l'état habituel et permanent chez le sujet deviennent plus marqués sous une influence pathologique on constate chez lui les formes décrites sous les noms suivants : anxiété paroxystique, névrose d'angoisse, obsessions, phobies, délire du toucher, psychasthénie, nervosisme, etc.

Telles sont, présentées en nous inspirant de l'ouvrage de Delmas et Boll, les cinq premières constitutions.

Nous voyons qu'elles sont en rapport avec l'hypertrophie d'un des éléments étudiés au chapitre de l'instinct.

On peut souvent trouver chez le même individu plusieurs constitutions associées; il n'est pas rare en effet de voir le délire de revendication comporter un appoint hypomaniaque, de même que l'on peut souvent observer des variations cyclothymiques chez un hyperémotif.

Ces tableaux symptomatiques sont loin de contenir tous les troubles de l'instinct dont nous n'avons pas l'intention de donner un exposé complet, mais il en est un qui prend, surtout aux yeux de certains auteurs, une telle importance dans la genèse de quelques maladies mentales, qu'il nous a paru utile d'en donner un court résumé; nous voulons parler de l'instinct sexuel.

Le puissant désir des satisfactions immédiates, dont la réalisation se heurte bien souvent aux principes de morale et aux règles sociales, fait naître des conflits extrêmement fréquents, qui ont sur l'évolution de la personnalité une influence considérable.

D'après Kretschmer qui, tout en reconnaissant une valeur à la théorie Freudienne, essaye de faire la part scientifique

qui revient à cette conception, l'instinct sexuel serait un des éléments constitutifs les plus importants du tempérament de l'homme.

« Il est un facteur dynamique de premier ordre, car c'est lui qui fournit la plupart des forces qui rendent possible le fonctionnement de l'appareil psychique et il le fait, soit directement et avec la complicité pour ainsi dire de la conscience, soit indirectement par des voies détournées, à la faveur de toutes sortes de métaphores, de transformations plus ou moins marquées, mais toujours dans une mesure beaucoup plus grande qu'on ne le croit communément, car il comporte un grand nombre de variétés et de perversions, dans lesquelles le but sexuel apparaît d'une façon incertaine, dissimulée, ou dans des combinaisons singulières avec d'autres groupes affectifs. » (1).

Il ajoute que de nombreux conflits psychiques, susceptibles d'évoluer soit vers les névroses, soit vers des manifestations religieuses et artistiques, éclatent généralement dans les cas où il n'existe pas de conformité entre l'impulsion sexuelle et la personnalité totale.

Cette impulsion représente un grand réservoir d'énergie dont les émanations psychiques supportent et entretiennent, dans les cas favorables, une bonne partie de l'ensemble de la production spirituelle.

Mais lorsque cette impulsion se heurte à des résistances intrapsychiques trop fortes ou qu'elle ne trouve pas de voies d'écoulement suffisantes, « elle produit des tensions énergétiques excessives, s'engage dans de fausses directions ou dans des chemins détournés, se creuse des lits collatéraux et souterrains, et peut ainsi engendrer, dans les bas-fonds obscurs de l'âme, les troubles les plus déconcertants, les manifestations les plus paradoxales. » (2).

La psychanalyse a pour but de diriger l'esprit d'observa-

(1) Kretschmer, *loc. cit.*, p. 234.

(2) Kretschmer, *loc. cit.*, p. 235.

tion du médecin parmi ces chemins détournés et ces dédales souterrains afin de découvrir la cause initiale qui, refoulée par la censure, se cache dans le subconscient à la faveur du déguisement symbolique.

« Malgré qu'elle paraisse vouée éternellement à l'hostilité passionnée de tous les hommes asservis à certains préjugés moraux et philosophiques indignes de l'esprit médical, la psychanalyse contient certainement en germe la psychothérapie affective scientifique de l'avenir. » (1).

2^o Troubles de l'affectivité.

Pour justifier le titre de ce chapitre, il faudrait étudier tout ce que nous avons compris dans le terme d'affectivité, c'est-à-dire l'émotion, la force des instincts et la réaction motrice. Nous serions dans ce cas tenus de parler de l'affection, des sentiments, des passions, des émotions, de l'anxiété, des obsessions, etc. Mais, comme nous avons surtout en vue les déficiences instinctives constitutionnelles, nous exposerons simplement la théorie de Minkowski sur la schizophrénie dans laquelle nous trouverons les troubles des éléments que nous avons réunis sous le nom d'affectivité.

CONSTITUTION SCHIZOÏDE (2).

D'après Minkowski, les recherches de Kretschmer sur la constitution schizoïde représentent le progrès le plus considérable qui ait été réalisé dans le domaine de la schizophrénie, depuis la création de cette notion par Bleuler.

Pour mieux en faire ressortir le caractère il l'oppose à la constitution cycloïde :

« Le cycloïde, dit-il, oscille entre la gaieté, avec le besoin d'épanouissement qui l'accompagne, et la tristesse, avec la sensation d'inhibition pénible qu'elle détermine. Jamais il

(1) Hesnard, *Les syndromes névropathiques*, Gaston Doin, 1927.

(2) E. Minkowski, *La schizophrénie*, Bibliothèque scientifique, 1927.

ne perd le contact avec l'ambiance, même dans ses périodes de dépression, un sourire, un geste, viendront, de-ci, de-là, animer son silence, et le contact avec l'ambiance ne sera rompu en aucune façon. Ils savent garder en tout la juste mesure, ce qui rend les relations avec eux si agréables et si précieuses.

» Ils vibrent à l'unisson avec le milieu, et pour cette raison il n'existe pas chez eux d'opposition; ils ne se cabrent pas contre l'ambiance et ne cherchent pas à la modifier selon des principes établis par eux une fois pour toutes et qu'ils croient infaillibles.

» Ils ne sentent pas de désaccord tragique entre eux et la réalité, car ils vivent dans les choses ambiantes; leur personnalité se confond et se dissout en elles, ils vivent, sentent et souffrent avec elles. » (1).

Les deux pôles entre lesquels se meut le tempérament schizoïde sont l'hyperesthésie et l'anesthésie affective.

Le schizoïde peut non seulement rester des heures entières dans une immobilité complète, absolument indifférent au milieu extérieur, mais parfois cette immobilité fait place à une violente colère causée par un motif souvent futile. Il ne laisse pénétrer jusqu'à lui aucune objection, aucune explication, il n'apporte aucun correctif à son état d'âme. La cause de la colère a déjà été submergée par d'autres événements, mais il est toujours absorbé par son irritation, par une idée qui semble occuper tout le champ de sa conscience au point d'en exclure toutes celles qui pourraient mettre un terme à l'état avec lequel il est en rapport.

« Tantôt son âme hyperesthésique reste à l'abri des couleurs trop vives, des sons trop forts, des heurts trop brutaux de la vie quotidienne, tantôt en raison de son anesthésie affective, il néglige le contact avec d'autres êtres humains, il n'en éprouve aucun besoin et s'en désintéresse complètement. » (Kretschmer).

(1) Kretschmer, *Korperbau und Character*.

On peut apercevoir, d'après ces données, la différence essentielle et souvent si difficile à saisir, qui existe entre l'hébéphénie et la psychose maniaco-dépressive.)

« L'ermite qui a fui le monde, mais qui, le soir, au seuil de sa hutte, admire le coucher du soleil ou le chant des oiseaux, possède plus d'éléments de syntonie que l'individu qui, entouré de camarades, promène d'un lieu de plaisir à un autre son ennui et son désœuvrement. » (Kretschmer).

Ainsi se présente le schizoïde, ne se laissant toucher ni émouvoir par les événements, ne s'étonnant de rien et poursuivant toujours son idée ou son but sans se rendre compte ni des obstacles qui en rendent la réalisation impossible ou nuisible, ni du caractère absurde qui s'attache à ses conceptions.

Mais franchissons les limites du normal, entrons dans l'étude du schizophrène et nous verrons, traités dans cette étude même, les rapports entre l'intelligence et l'instinct que nous avons toujours en vue.

D'après Minkowski, le trouble essentiel de la démence précoce ne peut être recherché parmi les symptômes cliniques ordinaires, tels que les hallucinations, les idées délirantes, etc.

L'atteinte est portée non pas à telle ou telle fonction, mais bien davantage à leur cohésion, à leur jeu harmonieux; le trouble essentiel n'altère pas une ou plusieurs facultés, mais réside bien davantage entre elles, dans l'espace interstitiel, sur « cette reliure d'un livre dont les feuillets sont intacts », pour employer une comparaison de M. Anglade. Mais en vertu de quels facteurs s'établit donc à l'état normal la concordance de ces mêmes facultés?

Tous ces troubles semblent converger vers une seule et unique notion, celle du « contact vital avec la réalité ».

Reprenons l'exemple que nous avons donné pour essayer de définir l'affectivité : un individu ne s'intéressant pas aux choses de l'art ne réagit à la perception visuelle d'un tableau, ni par une émotion, ni par une réaction motrice. Supposons qu'il se comporte de la même façon vis-à-vis de toutes les per-

ceptions et nous aurons réalisé le plus beau schizophrène que l'on puisse voir. On ne pourra pas dire qu'il a perdu son instinct qui peut sans doute subir des variations, mais qui constitue l'essence même de la vie et ne doit sans doute disparaître qu'avec elle. On ne pourra pas dire non plus qu'il a perdu son intelligence puisqu'elle est toujours conservée chez les déments précoces au début; il aura perdu cette propriété que possède l'individu de se servir de ses facultés intellectuelles pour assurer ses fins vitales.

Ce lien dont parlent tous les auteurs a disparu et il n'est autre que l'affectivité au sens où nous l'avons définie.

Il n'a plus d'émotions parce que ses perceptions ne font plus appel à cette « force » que nous avons comprise dans l'affectivité et détachée de l'instinct pour cette seule raison.

Ainsi, l'intelligence n'étant plus au service de l'instinct pourra se donner libre cours, et nous assisterons à ces raisonnements absurdes que Minkowski a étudiés sous le nom de rationalisme et géométrisme morbide.

En s'inspirant des idées Bergsoniennes, il considère l'intelligence comme étant un élément statique, inerte, comparable à l'espace, et l'instinct comme un élément dynamique, vivant, doué de mouvement et de durée comme le temps.

Si l'instinct est lésé, dit-il, si l'affectivité a disparu, dirions-nous, l'intelligence n'aboutira-t-elle pas à des formes monstrueuses?

C'est en effet ce qu'il constate chez ses malades :

Le schizophrène connaît bien souvent la date, mais cette connaissance n'a plus de sens précis pour lui, il n'en fait plus usage d'une façon adéquate aux exigences ambiantes.

Le facteur pragmatique est touché en premier lieu chez lui. Tout ce qui est événement, projet, mouvement, ne semble plus exister.

Voici d'ailleurs les propres paroles d'un de ses malades :
« Tout est immobile autour de moi. Les choses se présentent isolément, sans rien évoquer. J'ai mon jugement, mais l'instinct de la vie me manque. Je ne parviens plus à doser mon

activité d'une façon suffisamment vivante. J'ai perdu le contact avec toute espèce de choses. Le pouvoir créateur est aboli en moi, je vois l'avenir comme répétition du passé. »

Constater que l'affectivité est troublée chez le dément précoce n'est pas évidemment une chose nouvelle, mais nous avons voulu nous servir de ce fait pour montrer que l'affectivité absente, l'instinct et l'intelligence subsistent, mais ne sont que des éléments aveugles, privés de puissance créatrice.

Nous en concluons que l'affectivité sert de lien entre ces deux éléments, est la condition essentielle de leurs manifestations normales, et cela justifie peut-être la place que nous lui avons accordée dans l'édification de la personnalité.

3° Troubles de l'intelligence.

Nous avons défini la personnalité comme étant le résultat de la façon particulière dont un individu se sert de ses facultés intellectuelles pour donner à ses tendances une valeur déterminée lui permettant de s'adapter au milieu extérieur.

Si ces facteurs intellectuels sont troublés pour une cause quelconque, les tendances n'étant plus dirigées par le jugement, subiront une atteinte qui apportera dans la personnalité de l'individu des désordres d'autant plus accentués que les troubles seront plus grands.

TROUBLES DES PERCEPTIONS.

C'est par nos perceptions que se fait dans notre esprit la représentation du monde extérieur; si ces perceptions sont fausses, la réalité nous apparaîtra d'une façon particulière et contraire à la vérité, et un jugement, même logique, aboutira à des erreurs.

C'est ce qui se passe dans les délires systématisés chroniques avec hallucinations, si toutefois on admet, comme le font d'ailleurs la plupart des auteurs, que le délire est à base hal-

lucinatoire et non que les idées délirantes ont cherché secondairement leur justification dans des perceptions fausses.

Telle est la conception développée par Sérieux et Capgras (1).

Théorie toxique. — Si le sujet devient halluciné, disent-ils, ce n'est pas parce que ses préoccupations constitutionnelles s'exaspèrent et finissent par retentir sur les centres sensoriels.

L'attente anxieuse, la tension de l'esprit peuvent bien produire quelquefois des hallucinations épisodiques, mais ces hallucinations, toujours rares et brèves, sont immédiatement conformes aux préoccupations du sujet.

Ici, au contraire, l'hallucination auditive, essentiellement liée à l'éréthisme cortical et à l'envahissement progressif du centre auditif, commence par des troubles élémentaires, des bruits sans signification. On est en présence d'une lésion vraisemblablement d'origine toxique, qui s'étend de plus en plus, affaiblit progressivement l'auto-critique et finit par atteindre les centres psycho-sensoriels. Cette lésion paraît bien être d'origine toxique si l'on remarque que la progression des troubles sensoriels dans le délire chronique ressemble singulièrement, abstraction faite de la durée, à celle des troubles que Magnan a décrits dans le délire alcoolique : « d'abord des bourdonnements, des sifflements d'oreille, puis des bruits variés, des voix confuses, qui rapidement deviennent des injures et des menaces, enfin, des voix connues et des paroles bien articulées » (2).

Il résulte de cette conception que les hallucinations proviendraient d'excitations locales dues à des poisons et que le délire serait une réaction secondaire contre les troubles hallucinatoires.

Théorie constitutionnelle. — L'absence de prédisposition paranoïaque, si nettement affirmée par Magnan, Sérieux et Capgras, est contredite par beaucoup d'aliénistes.

(1) Sérieux et Capgras, *Le délire d'imagination et la folie systématisée*, (*Année psychologique*, 1911).

(2) In Dumas, *Traité de psychologie*, t. II, p. 885.

Dans ses *Leçons Cliniques*, publiées en 1893, Séglas pensait que la paranoïa, qui comprenait alors les psychoses hallucinatoires, avait son origine dans « l'intimité même du caractère individuel de la personnalité et qu'elle mettait en évidence les anomalies des constitutions psychiques ».

D'autre part, Chaslin écrivait, en 1911, à propos de la psychose hallucinatoire chronique :

« Les idées délirantes sont dites primitives, elles apparaissent comme le reflet exagéré du caractère antérieur du malade. L'affection débute parfois dans l'enfance, ordinairement à l'âge adulte; la première période, celle d'inquiétude, représente l'exagération des dispositions naturelles. »

Comme Chaslin, Masselon, Dide, Guiraud et un très grand nombre d'aliénistes rangent, les psychoses hallucinatoires chroniques parmi les psychoses constitutionnelles évoluant sur un fond paranoïaque. Si l'on en croit cette théorie, il faut admettre qu'une tendance hypertrophiée prendrait une telle importance qu'elle mettrait à son service l'élément intellectuel qui lui donnerait, sous forme d'hallucinations, les raisons de justifier cette prédominance. Au lieu de se mettre à la disposition de l'ensemble des tendances bien équilibrées, l'intelligence donnerait du monde extérieur une représentation fausse, pour la satisfaction de l'une d'elles.

Bien différent, et sans nul doute beaucoup plus naturel, est le mécanisme du processus morbide dans la théorie toxique.

Ici c'est la perception qui est touchée en premier lieu; selon que le jugement est plus ou moins troublé, on peut se trouver en présence de cas extrêmement variés, allant de l'obsession simple à l'aliénation complète en passant par les interprétations les plus diverses dont l'une des plus importantes aboutit, ainsi que nous le verrons, au dédoublement de la personnalité.

Quoi qu'il en soit de l'origine des troubles des perceptions, qu'ils dérivent de la simple hypertrophie d'une tendance ou d'une irritation des centres psycho-sensoriels, ils donnent à l'individu une représentation fausse du monde extérieur, ce

qui détermine des réactions contraires aux règles sociales et entraînent le malade vers la désagrégation de la personnalité ainsi que l'a étudiée Ballet (1).

Sur ces éléments de la vie intellectuelle que sont les perceptions, l'esprit humain se livre à trois opérations : la mémoire, l'imagination et le jugement.

TROUBLES DE LA MÉMOIRE.

Les facultés mnésiques sont exagérées dans les états de grande excitation psychique (manie, P. G. au début, hystérie), chez certains persécutés qui vont chercher dans les détails de leur vie passée la justification de leur délire.

Les souvenirs disparaissent partiellement ou totalement dans les démences, l'épilepsie, l'hystérie, les confusions mentales toxiques ou infectieuses.

La mémoire nous permettant de conserver les perceptions passées indispensables à tout processus déductif, il s'ensuit que la perte des souvenirs enlève à l'intelligence les éléments qui lui sont nécessaires pour diriger l'activité utile de l'individu.

TROUBLES DE L'IMAGINATION.

Peu développée chez les dégénérés inférieurs, affaiblie chez les déments avancés, exagérée souvent chez les maniaques, elle présente une activité particulière chez certains déséquilibrés dont les troubles ont été étudiés par Dupré et Logre sous le nom de « délire d'imagination ».

Le jugement est surtout troublé dans les démences et dans l'affection désignée au chapitre des troubles de l'instinct sous le nom de paranoïa. Ici encore l'intelligence vient se mettre au service d'une tendance prédominante; l'état passionnel n'altère pas toujours la vérité, mais il l'adapte à ses sentiments, à ses désirs, à ses craintes.

(1) Ballet, *Leçons sur la psychose hallucinatoire chronique* (Encéphale, 10 nov. 1911, 10 juin et 10 juill. 1913).

Les déductions formulées sont étroitement liées à un fait exact et s'accompagnent souvent d'un tel cortège de preuves qu'elles peuvent faire naître le doute et entraîner même la conviction de l'entourage.

Que les troubles de l'intelligence viennent d'une lésion des centres cérébraux ou de la prédominance d'une tendance qui a rompu l'équilibre nécessaire au comportement normal de l'individu, le résultat est le même : un des éléments de la personnalité étant troublé, l'individu ne pourra plus s'adapter au milieu extérieur car il ne le voit plus tel qu'il est en réalité.

En rappelant ces quelques données sur les troubles de l'instinct, de l'affectivité et de l'intelligence nous n'avons pas eu l'intention d'étudier une question aussi complexe, mais de reprendre simplement une à une les différentes pierres constituant l'édifice et de montrer que la perte de l'une d'elles entraîne la désagrégation et l'effondrement de cette merveilleuse construction.

4^e Conscience des troubles des éléments constitutants de la personnalité.

Il ne s'agit pas ici des troubles de la conscience de la personnalité dont nous trouverons l'étude au chapitre suivant, mais de la conscience des troubles de ses éléments. Nous avons vu que la plupart d'entre eux sont inconscients; nous n'avons de leur ensemble qu'une idée tout à fait vague et imprécise, et la connaissance que nous en avons est due à l'observation objective. Il semble donc que, étant donné le caractère de ces éléments normaux, leur atteinte pathologique ne puisse pas être perçue par le malade. Il en est bien ainsi, mais les conséquences de cet état morbide, le caractère anormal des réactions peuvent très bien être jugés comme tels par un jugement resté sain, surtout au début de la maladie.

Une maniaque nous disait dernièrement :

« Je suis un peu folle, évidemment, mais enfin cela dépend

des jours, tantôt plus, tantôt moins; je parle, je dis des bêtises, c'est vrai, mais c'est mon tempérament, pardi, que voulez-vous que j'y fasse, ce n'est pas une raison pour m'enfermer. »

Une autre maniaque chronique se lamente sur son malheureux sort pendant ses périodes de calme :

« Quel malheur d'être ainsi; si cela pouvait ne pas revenir, d'où vient cette excitation qui me prend tout d'un coup; je m'agite, j'ai envie de tout casser, c'est une bien vilaine maladie. »

Il n'est pas rare de voir des maniaques venir eux-mêmes chercher un refuge dans l'asile au moment de leurs crises.

Les mélancoliques reconnaissent parfois le caractère anormal de leurs réactions vitales et attribuent ces modifications à un état morbide; beaucoup plus fréquemment, ils se disent malades, se sentent modifiés dans leur personne physique et mentale, mais ils traduisent dans ce cas, ou des idées hypochondriaques ou un sentiment de dépersonnalisation.

Certains schyzophrènes se rendent parfaitement compte de leurs troubles affectifs.

Voici les paroles de certains d'entre eux rapportées par Minkowski (1) :

« A part la raison qui n'a pas souffert et est intacte, tout le reste est en dérèglement complet. J'ai supprimé l'affectivité. J'existe au point de vue corps, mais je n'ai aucune sensation interne de la vie. Je ne sens plus les choses, je supplée à ce manque de sensations par la raison. »

MM. Dide et Guiraud ont constaté que dans un assez grand nombre de cas, le malade a conscience des modifications profondes survenues dans son psychisme par suite de l'affaiblissement des tendances instinctivo-affectives. Ce phénomène, parfois dramatique, donne la sensation d'un état physique et mental difficilement exprimable :

« J'ai du nirvanisme; nous parlons ensemble, mais cela

(1) Minkowski, *loc. cit.*, p. 63.

me semble irréel, je suis en dehors de toute pensée humaine. Ma pensée est illusoire, elle me reste étrangère; elle est froide... je suis aliéné par la décadence de l'esprit (1). »

On a signalé des modifications conscientes de la personne physique ou psychique exprimées par certains déments précoces au début.

Ce sont de simples sentiments de dépersonnalisation que l'on pourrait appeler des sentiments de dépersonnalisation préschizophréniques, terme que M. Hesnard a employé pour désigner les obsessions rencontrées en pareil cas.

(1) Hesnard, *Syndromes névropathiques*, p. 128.

II

TROUBLES DE LA PERCEPTION DE LA PERSONNALITE

1° Historique (1).

En étudiant les états connus sous le nom de « monomanies » (Esquirol), les anciens aliénistes avaient déjà constaté cette lutte, cet antagonisme entre les tendances lucides et les tendances pathologiques, qui aboutit au dédoublement de la conscience.

En 1844, cette notion de l'homme double a été pour Wigan l'occasion d'appliquer sa fameuse théorie de la dualité des hémisphères, reprise plus tard par Jensen (1868).

Moreau, de Tours, en 1859, étudie dans sa psychologie morbide la dualité des monomanies, les états de « mélange de folie et de raison ».

En 1873, les troubles de la personnalité consciente sont étudiés par Krishaber dans sa *Névropathie cérébro-cardiaque*. Cet auteur décrit les multiples sensations bizarres qu'éprouvent ses malades; pour expliquer la pathogénie de ces troubles, il émet l'hypothèse d'une vaso-constriction des centres nerveux.

Les observations de Krishaber eurent un grand retentissement chez les philosophes; Taine en fit la base de sa théorie de la personnalité et ajouta à son ouvrage *L'Intelligence* une « note sur les éléments et la formation de l'idée du moi ».

(1) Nous n'avons pas donné au début de ce travail l'historique des troubles des éléments de la personnalité, car c'était faire l'historique de la psychiatrie tout entière.

En 1883, Ball publie l'observation d'un cas de doute sur l'existence de la personnalité.

Ribot, en 1885, dans son ouvrage sur les *Maladies de la personnalité*, étudie à la fois les troubles des éléments constitutants et les troubles de la perception de la personnalité sans faire entre eux une distinction très nette.

Dans la *Revue philosophique*, en 1894, Dugas publie un article sur le sentiment de fausse reconnaissance et il remarque la coexistence de ce phénomène avec un sentiment de dédoublement.

Séglas, en 1895, fait dans ses *Leçons cliniques* une étude très complète de la psychologie des obsédés et montre qu'il y a fréquemment chez eux « non-conservation de la conscience personnelle ».

En 1896, Bergson consacre, dans son ouvrage *Matière et mémoire*, un court paragraphe à certains troubles que décrivent les aliénés au début de leur maladie; ces malades se plaignent de perdre le sens du réel du monde extérieur et de leur personne.

Au Congrès de Moscou de 1897, Pitres et Régis présentent leur rapport sur la séméiologie des obsessions et des idées fixes et, dans leur ouvrage *Les obsessions et les impulsions*, ils consacrent un chapitre spécial aux troubles de la conscience et de la personnalité.

Dans son étude sur les *Névroses et idées fixes*, P. Janet présente des observations d'hystériques ayant le sentiment de perte de leur personne.

En 1898, Dugas publie dans la *Revue philosophique* un article intitulé « Un cas de dépersonnalisation ». Bernard Leroy présente la même année, dans la *Revue de l'hypnotisme*, un « cas singulier d'illusion de dédoublement ».

En 1900, au IV^e Congrès international de psychologie (Paris), le même auteur fait une communication sur « l'illusion dite de dépersonnalisation ». Il tend à considérer ce phénomène comme un cas pathologique spécial, ainsi que l'avait fait autrefois Krishaber.

P. Janet, dans son étude sur la psychasthénie, publiée en 1903, donne une interprétation d'ensemble de tous les phénomènes qui caractérisent ces malades et il applique à l'étude des troubles de la personnalité sa théorie de la perte de fonction du réel et de l'abaissement de la tension psychologique.

De 1903 à 1907, Forster, Pich, Majano (de Rome), Dugas, P. Janet, Heymanns, Dromard et Albés publient des observations analogues en donnant des interprétations plus ou moins personnelles.

En 1906, le *Journal für Psychologie und Neurologie* (Leipzig) publie six articles de Konstantin Oesterreich sur l'étrangeté de la perception extérieure et la dépersonnalisation dans la psychasthénie; c'est une étude uniquement psychologique, qui passe en revue les principales théories proposées de ces phénomènes.

En 1907, Hartemberg consacre, dans son ouvrage sur la *Psychologie des neurasthéniques*, un chapitre spécial aux sentiments d'étrangeté de la perception, de rêve, d'irréel. La même année, on signale l'article de Frédéric Packard dans l'*American Journal of insanity*, sur le pronostic des cas de maladies mentales présentant le sentiment d'irréalité.

En 1908, P. Janet étudie le diagnostic différentiel des troubles de la personnalité des psychasthéniques avec les troubles de la personnalité des hystériques dans sa préface du livre de Jastrow, *La Subconscience*.

Max Löwy fait, la même année, une conférence à la Société philosophique de Prague, sur un cas de dépersonnalisation.

En 1909, Hesnard présente à Bordeaux une étude très complète des troubles de la personnalité consciente dans les états d'asthénie.

Après quelques données psychologiques dans lesquelles il rappelle la différence qu'il y a entre la personnalité elle-même et la conscience que nous en avons, il donne des troubles de cette conscience un exposé très clair, parce qu'appuyé sur de nombreuses observations.

Les troubles de la personnalité rencontrés dans les états

d'asthénie sont caractérisés par une insuffisance de la personnalité consciente.

Ils se manifestent sous la forme de sentiments :

- 1° Relatifs au monde extérieur (tous réductibles au sentiment de non-reconnaissance du monde extérieur);
- 2° Relatifs à la personne physique (tous réductibles au sentiment de non-reconnaissance du corps);
- 3° Relatifs à la personne mentale (tous réductibles au sentiment de perte de l'unité mentale).

Ils s'accompagnent très fréquemment de symptômes :

- a) Somatiques : Troubles des fonctions nerveuses, digestives, circulatoires, etc.;
- b) Psychiques : Syndrome anxieux, sentiments fugaces et légers de désorientation dans le temps et dans l'espace; sentiment de fausse reconnaissance; syndromes obsédants.

Ils se montrent habituellement sous les trois formes principales suivantes :

- 1° Forme simple ou dépersonnalisation élémentaire;
- 2° Forme des obsédés; la dépersonnalisation prend ici des caractères spéciaux, consistant en une tendance au doublement conscient de la personnalité;
- 3° Forme obsédante ou obsession de dépersonnalisation.

Ici le sentiment de dépersonnalisation s'intellectualise et devient une obsession qui peut même subsister alors que le sentiment qui lui a donné naissance a disparu.

La dépersonnalisation est un phénomène qui paraît étroitement lié à un syndrome spécial, l'asthénie psychique, premier terme d'une dissociation dont le dernier est la confusion mentale.

Dans son *Précis de Psychiatrie*, Régis divise les troubles de la personnalité en quatre parties :

- 1° Les troubles de la personnalité consciente, qui tendent à détruire l'intégrité du « moi » conscient.

On les trouve dans les névroses (asthénie, obsessions, etc.) et dans les psychoses sous forme de modifications, coexistences ou remplacements de la personnalité;

2° Troubles dans les rapports de la personnalité consciente avec la personnalité non consciente;

3° Troubles par dissolution de la personnalité;

4° Troubles de la conscience de la personnalité.

Cette classification nous paraît très complexe, difficile à saisir et surtout à retenir, mais elle a le mérite d'être complète.

Voici la liste des publications faites pendant ces dernières années sur les troubles de la perception personnelle :

Dans la séance du 17 mars 1927 de la Société de psychiatrie de Paris, M. André Ceillier, dans une communication sur « L'automatisme psychique », étudie le dédoublement chez les obsédés.

Dans la séance du 28 avril de la même année, MM. Targowla, Lamarche et Daussy publient l'observation d'une malade présentant des idées de négation et une modification de la personnalité psychique durant depuis plus de vingt ans.

En mai 1927 Woley publie « Un cas de multiple personnalité » dans l'*Atlantic*.

En juillet 1927, dans le *Journal de psychologie et de neurologie*, un cas de dédoublement est publié par Donath.

Dans la *Revue de psychanalyse* de juillet 1927, M. Hesnard publie un article intitulé : « Signification psycho-analytique des troubles de la personnalité ».

En 1928 :

Séance du 16 février de la Société de psychiatrie de Paris : « La Cyclothymie dédoublée », par M. Maurice de Fleury.

En mai, « Body build and temperament as formation elements of personality » (R. Rechfeldt), *Unschau*.

En novembre, « Interprétation psychologique du doute de soi-même », Nathan, *Ann. méd. psychol.*

En mai 1929 :

« Certain personality problems in relation to mental illness with special reference to suicide and homicide » (R. C. Gordon), *Brit. Psychol.*

« Group personality in neurotics » (MacLachlan), *Neurol. et Psychopath.*

« Over-estimation of unity of personality as source of error in psychologic interpretation » (G. Ichleisser), *Ztschr. ang. Psychol.*, June 1929.

*
* *

Née de la synthèse de toutes les sensations élémentaires aboutissant à la perception corporelle, basée sur le sentiment de l'effort et de la puissance, notre personnalité nous apparaît avec ses caractères d'unité, d'identité et de spécificité. La position que nous occupons dans la société par rapport à nos semblables, l'étendue du champ d'action de notre activité, les limites du rayonnement de notre « moi », apparaissent à un jugement sain.

Nous dirons qu'il y a un trouble de la perception ou de la conscience de la personnalité :

Premièrement : Lorsque les malades expriment la difficulté qu'ils éprouvent pour arriver au sentiment, à la perception de leur personnalité physique ou psychique. Ils expriment dans ce cas un trouble dont ils ont conscience. Il s'agit donc d'un trouble conscient de la conscience de la personnalité.

Deuxièmement : Lorsque les malades ne reconnaissent pas pour évidents les caractères de leur personnalité, soit en niant les sentiments d'unité ou d'identité, par exemple, soit en croyant à la disparition d'organes dont la présence est indéniable, ou bien encore en affirmant une situation sociale née dans leur imagination.

Ils expriment alors un trouble inconscient de la conscience qu'ils ont de leur personnalité.

Dans le premier cas, ils disent : « Je ne me sens plus, je ne sens plus ma tête. C'est comme si j'étais double. »

Dans le deuxième cas, ils affirment : « Je suis Napoléon; je possède un milliard. Je n'ai plus de foie, mon cœur est arrêté, etc. »

Ce n'est pas ce plan que nous suivrons pour l'exposé de ces troubles; il nous a paru préférable de suivre l'ordre indiqué dans l'énumération des caractères normaux, de reprendre chacun de ces caractères et de voir en quoi et comment ils diffèrent chez les malades.

2° Troubles relatifs à la personne mentale.

1. — *Troubles se rapportant à l'unité de la personne mentale.*

A. — DÉDOUBLEMENT AVEC COEXISTENCE DES DEUX PERSONNALITÉS.

a) *Chez les obsédés.*

Beaucoup de malades racontent au médecin que, par instant, leur tête travaille d'elle-même; de nombreuses idées se forment; s'appellent, s'associent. Ce sont des conversations où le malade est lui-même acteur et spectateur; ce sont des faits récents ou anciens concernant parfois la profession, qui reviennent sans cesse dans l'esprit du sujet.

Ceux qui connaissent les derniers jours de fièvre qui précèdent la date d'un examen ou d'un concours peuvent facilement se représenter ce que peut être le « mentisme ».

Les personnes qui en sont atteintes comparent volontiers cette activité psychique à une « volée d'idées » ou, quand les pensées ont une tendance à la monotonie dans leur reproduction, à une « roue qui tourne perpétuellement dans leur cerveau et au jeu de laquelle ils assistent mornes ou anxieux » (1).

(1) Hesnard, thèse de Bordeaux, *loc. cit.*, p. 92.

Ce phénomène n'est en somme qu'une exagération des associations d'idées normales; on peut le désigner sous le nom de « rêverie forcée » (Janet), ou à cause de sa parenté avec l'obsession, sous le nom de « rêverie obsédante ».

Voici la définition qu'en donne Séglas : « Le mentisme est une sorte d'effervescence intellectuelle particulière dans laquelle le sujet voit avec un sentiment très net des pensées qui lui sont étrangères, qu'il ne reconnaît pas comme siennes et qui, s'étant introduites du dehors, pullulent et se meuvent avec la plus grande rapidité. » Pitre et Régis remarquent que tout processus obsédant obéit à deux lois mentales qui aboutissent au dédoublement de l'obsédé :

1° Les obsessions sont conscientes, en ce sens que les malades qui les éprouvent se rendent parfaitement compte de leur nature, des modifications qu'elles impriment à leur manière de penser, à leur caractère, à leur affectivité, etc.

2° Elles sont involontaires et incoercibles, c'est-à-dire que le malade ne peut ni les provoquer volontairement quand elles n'existent pas, ni les chasser quand elles existent. Or, une pensée, un système qui naît, évolue, se reproduit, se développe en s'accompagnant d'une adaptation de tout l'organisme et en y éveillant un désordre émotif complexe, sans être éveillé, uni, gouverné par l'activité volontaire, par conséquent sans être « personnalisé », rattaché à la personne normale, constitue une personnalité nouvelle, pathologique, connue du sujet, et produit donc une dualité véritable de la personne.

« Une idée discordante tend à se faire jour, et s'hypertrophiant de plus en plus, en arrive à s'imposer et même à dominer les autres; d'où cette tendance à la dissociation et au dédoublement psychique constaté par tous dans les obsessions. » (Pitre et Régis.)

P. Janet et Raymond voient dans cette théorie une constatation beaucoup plus qu'une explication. Ces troubles doivent être, pour ces auteurs, rattachés à ceux que l'on rencontre chez les psychasthéniques et sont dus à la perte de fonction du réel et à l'abaissement de la tension psychologique.

Ce n'est pas l'obsession qui crée la désagrégation psychique, mais elle en est la conséquence; elle n'est que le symbole trouvé par le malade pour exprimer un trouble antérieur.

Pour Hesnard, les accidents de nature émotive (obsession, phobie), de nature impulsive (impulsions conscientes, obsessions impulsives), de nature intellectuelle (idées fixes non délirantes, rumination et manies mentales sans angoisse), sont tous conscients et involontaires et dissocient tous plus ou moins la personnalité. Mais le syndrome qui, en raison de sa fréquence et de son influence de dissociation toute spéciale sur la personnalité, mérite d'être distingué des autres, c'est l'obsession qui est, avant tout, un accident d'ordre émotif.

Tout obsédé qui s'analyse constate cette dualité : « J'ai deux « moi », dit-il, l'un malade, qui s'émeut pour des bêtises, l'autre sain, qui assiste impuissant aux agissements du premier. » Il n'y a d'autre critérium de cette dualité personnelle que l'opinion du malade lui-même quand il est capable de s'analyser complètement.

Par conséquent, d'après Hesnard, le dédoublement de l'obsédé dériverait de l'interprétation que le malade donne de ses obsessions; cela est si vrai, dit-il, que cette dualité est à peine ébauchée chez ceux qui ont simplement en tête une idée à laquelle ils n'ajoutent pas une très grande importance, mais le sentiment de dédoublement augmente avec l'intensité de l'obsession.

Ces malades nous semblent en effet traduire par une comparaison ou une métaphore un état très difficile à définir, qu'ils paraissent comprendre, mais ne peuvent exprimer. Voici comment nous interpréterons ces faits :

Nos désirs cherchant partout et toujours leur satisfaction immédiate nous poussent à chaque instant à accomplir des actes que notre jugement réprouve. Gardienne vigilante de nos fins vitales, la raison aperçoit au-dessus des petites satisfactions de chaque jour les propriétés primordiales auxquelles nous devons obéir. Du conflit qui s'établit entre ces deux forces naît le dédoublement de la personnalité chez les obsédés.

Certains romanciers psychologues et familiarisés souvent avec le langage psychiatrique nous montrent dans l'âme de leur héros ce dédoublement.

La satisfaction d'un instinct, qui est la plupart du temps l'instinct sexuel, quelquefois l'ambition, entraîne l'homme à l'accomplissement d'un acte qui va satisfaire un ardent désir; c'est l'abandon de l'épouse et des enfants pour fuir avec l'amante par exemple. Au moment du départ, des remords, des hésitations, surviennent; assis sur sa malle à peine achevée, le malheureux, la tête dans ses mains, assiste au pénible conflit qui se livre dans son âme. Tandis qu'une force presque irrésistible semble l'entraîner vers sa faute, une voix monte en lui pour lui en faire connaître toute la gravité et toute l'étendue; c'est la voix de sa raison, qui engendre son remords. Née de son raisonnement, enrichie de tous les principes de morale, ayant en vue toutes les exigences des fins vitales, elle lui donne l'ordre de rester.

Cela se passe donc comme s'il y avait en lui deux personnes, l'une le poussant à faire le mal, l'autre lui ordonnant de faire le bien. Si cet homme disait : « Il y a deux personnes en moi », il aurait fait une simple métaphore pour exprimer le conflit qui se livre en lui-même; nous allons voir que nos malades ne font pas autre chose.

Supposons que, dans un cerveau normal, apparaissent brusquement, sous l'influence de la maladie, des pensées étrangères qui se présentent sous forme de mentisme chez le psychasthénique, ou, sous forme d'hallucinations psychiques, chez un délirant.

Non seulement cet automatisme est involontaire et incoercible, mais il est également étranger à la personnalité, en ce sens qu'il exprime des pensées qui sont tout à fait contraires à celles du sujet. Bien souvent il exprime plus que des pensées, il donne des ordres qui sont réprouvés par la personne normale. Celle-ci s'insurge, se débat contre cette force étrangère; elle déclare ne pas admettre les actes dans l'accomplissement desquels elle se sent poussée malgré elle; ne recon-

naissant pas comme sienne cette pensée, mais étant obligée d'admettre que cette force est en elle, cet état bien souvent inexprimable sera traduit par la malade à l'aide d'une comparaison : « C'est comme s'il y avait en moi deux personnes, une bonne et une mauvaise ».

Si, comme cela se produit dans certains cas, notamment chez les obsédés qui versent dans le délire, le jugement déficient ne s'arrête plus devant l'invraisemblable, uniquement hostiles contre cette force et ces voix qui sont en eux, ils diront : « On m'a envoûté, on me parle par la T. S. F., je suis sous l'influence du magnétisme, etc. ».

La première comparaison aboutit au dédoublement, la deuxième à une affirmation délirante.

Nous rappellerons tout d'abord quelques cas de dédoublement psychique typiques, puis nous exposerons deux observations dans lesquelles on voit comment peut se faire le passage de l'obsession au délire et, par conséquent, du dédoublement à la conviction erronée.

OBSERVATION I.

(HESNARD)

Obsession impulsive ancienne. — Dédoublement psychique.

F... (D.), femme de 45 ans.

Père nerveux, impressionnable, brutal. Mère bien portante. A eu cinq frères et sœurs; deux sont morts jeunes; les autres ne présentent rien de particulier. Mariée à 19 ans avec un ivrogne.

A fréquemment la nuit des crises nerveuses, qui sont des crises anxieuses typiques. Elle est sensible, émotive, s'angoisse pour une futilité, et cela depuis son enfance.

L'obsession qui la tourmente dure depuis l'âge de 15 ans; elle avait eu, quelques années auparavant, une violente émotion : une peur subite d'un sabre dont son père l'avait menacée à plusieurs reprises quand il était en colère. La représentation de ce sabre s'installa définitivement sous forme d'obsession, à l'âge de 18 ans,

à la suite d'une exécution capitale dont elle entendit parler, et qui la frappa; elle croyait voir la lame de la guillotine; cet événement coïncida avec l'arrivée des règles, qui la fatiguaient sensiblement. La moindre image de quelque chose de sanglant lui donnait une crise d'angoisse. Peu à peu la phobie des lames et du sang est devenue une peur de tuer ses parents.

Elle lutte opiniâtement contre l'obsession qui s'est ancrée de plus en plus dans son esprit et qui la torture atrocement; plus l'obsession dure, et plus elle a la conscience nette qu'elle est dédoublée, qu'il y a en elle deux vies, deux personnes qui se combattent : l'une méchante et ridicule, qui occupe momentanément et incomplètement son esprit au moment des crises, et l'autre raisonnable, mais impuissante.

Au point de vue physique. — Asthénie nerveuse; palpitations de cœur; dyspepsies; céphalée pulsatile ou de constriction.

OBSERVATION II.

(HESNARD.)

Mme B..., 47 ans. Robuste, un peu congestionnée.

Père mort d'apoplexie à 65 ans, alcoolique. Mère très nerveuse.

Vers 11 ans, état anxieux passager avec terreurs nocturnes. Mariée à 21 ans, deux grossesses sans incidents, sauf un état neurasthénique après la seconde.

Actuellement, se sent très asthénique, incapable d'une décision, sans pouvoir agir. Le trouble dominant est une angoisse subite qui la surprend un nombre considérable de fois dans la journée, dit-elle, à propos d'une idée toujours ridicule ou sans importance qui occupe brusquement son esprit : peur de faire mal la cuisine, de paraître idiote, d'être traitée de folle; d'être conduite dans un asile d'aliénés, etc.

« En moi-même, je me dis : Ce que tu penses est ridicule, idiot; le docteur va encore te gronder; si tu continues, tu ne guériras pas. Mais c'est plus fort que moi; ce n'est pas moi qui fais toutes ces bêtises, je suis dédoublée... Vous allez vous moquer de moi; ma tête travaille tout le temps, et tout le temps je me regarde en me

trouvant stupide, malade, bonne à mettre aux fous. C'est ma personne folle qui me démange. J'essaie de penser à autre chose, de prendre le dessus en luttant, de me représenter quelque chose d'important, mais il n'y a pas moyen d'y tenir, il faut que je dise des bêtises, sans quoi je m'en irais, je me trouverais mal. »

Symptômes physiques. — Hypertension artérielle; bourdonnements d'oreille; pollakiurie; poulx dur.

Entérite muco-membraneuse.

Il s'agit, dans ces deux observations, de psychasthéniques ayant des obsessions impulsives dont l'exécution serait absurde ou malheureuse pour le sujet lui-même; il est facile de suivre dans le raisonnement de ces deux malades celui que nous faisons avant de rappeler leurs propres paroles.

Nous allons donner maintenant l'observation d'une psychasthénique de toujours qui, à l'occasion d'un accès de dépression mélancolique, aboutit au dédoublement de sa personnalité quand ses hallucinations ont encore les caractères de simples obsessions. Par contre, elle tend à tomber dans le délire quand ces caractères disparaissent.

OBSERVATION III (Personnelle).

Constitution névropathique. — Persécutée mélancolique.

M^{me} J..., âgée de 46 ans. Entrée à l'asile en janvier 1930.

Père mélancolique; idées de suicide; préoccupations hypocondriaques.

Dès son plus jeune âge, cette malade présentait une tendance aux scrupules et aux obsessions. Depuis une dizaine d'années évoluait une dépression simple qui s'est accentuée au cours de ces derniers mois.

Au moment de son entrée à la maison de santé, elle se présentait sous l'aspect d'une femme pâle, asthénisée, dont les cheveux grisonnants encadraient un visage légèrement amaigri; le regard plein de langueur, de tristesse et de résignation se portait lentement, comme à regret, sur l'interlocuteur, et n'était pas dépourvu d'un certain éclat, rendu plus apparent par un cerne très accentué; les

rides, creusées plus profondément par une moue dédaigneuse et dégoûtée, les gestes extrêmement lents, le ton traînant des phrases, qui n'en finissaient plus, concouraient à donner à cette femme un aspect de lassitude infinie dont le caractère de douceur et de lasciveté contrastaient avec la rancœur et l'hostilité qu'elle avait contre ses persécuteurs imaginaires et qu'elle exprimait sur un ton douloureusement dramatique.

Ce qui dominait chez cette malade, c'étaient ses obsessions et ses idées de persécution.

Elle était tourmentée par des idées parasites pénibles et ridicules qui étaient un défi au bon sens et à son honnêteté, dont elle reconnaissait parfois la nature morbide et l'origine en elle-même, mais qui s'imposaient pourtant de manière permanente malgré tous ses efforts de volonté; de cette discordance entre la nature de ses idées et de ses aspirations normales naissait le dédoublement de sa personnalité.

Les obsessions étaient surtout d'ordre sexuel :

« Tout ce que je pense, tout ce que je dis est obscène; je vois toujours dans ma pensée des organes d'hommes, des hommes nus que je connais très bien; ils m'apparaissent dans cette tenue horrible et m'invitent à des choses qui me dégoûtent; une voix qui est en moi m'ordonne de les suivre. Tout ce que j'entends me rappelle des obscénités; mon esprit est toujours dirigé dans ce sens, je ne pense qu'à ça.

» Et pourtant, Monsieur, tout cela n'est pas moi; cette voix qui me commande, ces désirs que j'ai, ne viennent pas de moi; la preuve, c'est que l'esprit de contradiction qui est en moi dit toujours le contraire de ce que je pense.

» C'est comme une traction qui me force à parler tout le temps, à dire des choses que je ne voudrais pas dire, car elles me dégoûtent et me révoltent. Cette contradiction n'est pas moi, puisqu'elle dit de vilaines choses contre ma famille, contre tous ceux que j'aime; c'est comme si j'avais deux cerveaux; il y a en moi deux personnes; celle qui est comme autrefois et celle qui dit des bêtises, des saletés; celle qui m'oblige à parler tout le temps, alors que je ne voudrais pas; je ne peux pas lutter contre elle, car elle est plus forte que moi, c'est si pénible.

» Je veux dormir et dormir pour échapper à cette emprise, à cet envoûtement.

» C'est ma maladie cela, et vous n'y pouvez rien; vous ne pouvez pas comprendre; c'est tout à fait anormal. »

Telles étaient les paroles que prononçait la malade il y a quelques jours à peine, avant de commencer une période de plus grande anxiété. Elle passait ses après-midi au salon et s'occupait très activement à des travaux de couture, cherchant dans une occupation utile un moyen d'échapper à son obsession.

Puis sont apparues des obsessions impulsives qui ont nécessité l'aide et une surveillance plus active.

Toujours poussée par cette force, cette traction, elle s'est levée brusquement pendant une nuit et a brisé un carreau, se faisant une légère blessure à la main.

Quelques jours plus tard, elle s'est dirigée vers le lit de sa voisine et a déclaré à la veilleuse, qui s'interposait, qu'elle voulait étrangler quelqu'un.

« C'est plus fort que moi, je veux l'étrangler, disait-elle, attachez-moi; c'est la traction qui me force à faire cela; je sais que c'est idiot, mais je ne peux m'empêcher de le faire. »

Le lendemain, nous la trouvons couchée dans son lit, ne cessant de parler à voix basse et exprimant toujours les mêmes idées, avec cependant une interprétation différente. « Je veux dormir, je veux dormir pour échapper à cet envoûtement, à cette traction qui m'oblige à parler tout le temps, à dire des bêtises, qui m'empêche de manger, d'agir comme je voudrais, qui m'habite et qui n'est pas moi, qui me dit de mal faire. C'est elle qui m'a commandé de casser les vitres, qui m'a dit d'étrangler ma voisine et qui maintenant me pousse à vous étrangler. Quand je dis : « Je veux partir », la voix dit : « Je veux rester. » C'est parfois comme une voix qui suit ma pensée et qui est en moi. Mais j'en entends d'autres aussi; il y a une espèce d'acoustique qui me fait entendre des voix d'un côté et de l'autre; certaines sont distinctes, d'autres viennent de l'extérieur et parfois m'insultent; maintenant elles disent une espèce de charabia que je ne peux comprendre.

» C'est vous, tas d'énergumènes, qui m'avez envoûtée, vous

n'êtes pas des docteurs; vous m'enlevez la mémoire; vous prenez ma pensée. Ce n'est pas une maison de santé, ici; cette traction vient de vous; ces voix viennent de tous vos sortilèges, de toutes vos machinations; vous êtes tous des bandits, bandits; tout cela m'irrite, m'énervé, je voudrais étrangler et vous faire du mal. »

Ces paroles sont prononcées sur le même ton monotone et sans cesse répétées.

Son anxiété ne se traduit pas seulement par ce bavardage incessant; elle se manifeste par des mouvements brusques, par du tremblement des muscles de la face, par un besoin de déchirer les draps et de s'écorché le bout des doigts.

Mais ce qui domine, c'est incontestablement cette immense tristesse sur ce visage fatigué, qui ne s'éclaire jamais d'un sourire.

Le fonds mental est bien conservé, malgré une certaine désorientation dans le temps, due au fait que la malade, toujours sous l'empire de ses obsessions, ne se préoccupe plus de la date exacte ou de la durée de son séjour à l'asile. Si, à l'occasion d'un événement inattendu, une visite par exemple, elle peut oublier pour un instant ses idées fixes, elle retrouve alors sa personnalité normale, se présente parfaitement bien, s'informe de la santé de tous les siens et s'intéresse aux plus petits détails de son ancienne vie familiale.

Au point de vue physique. — Asthénie; pâleur du visage; peau sèche; psoriasis discret.

Langue saburrale; constipation opiniâtre allant jusqu'à la subocclusion; pouls faible et régulier.

Pas de troubles de la réflectivité et de la sensibilité. Tremblement intermittent des muscles de la face.

De cet ensemble de signes, nous retiendrons surtout les obsessions, l'état mélancolique et le délire.

Ses idées obsédantes sont à caractère sexuel; ce sont des représentations obscènes, des mots orduriers, etc.; elles sont étrangères au cours naturel de la pensée normale, contraires aux principes et aux convictions religieuses de la malade, ce sont des idées parasites dont elle ne reconnaît pas l'origine en elle-même.

Son jugement étant resté bon, elle ne peut admettre que ces idées viennent d'elle-même puisqu'elles lui sont imposées; elle traduit cet état en faisant une comparaison : « Il y a deux personnes en moi; c'est comme si j'avais deux cerveaux. »

Les idées délirantes ne sont pas celles d'une véritable mélancolique; elle ne recherche pas en elle-même la cause de son état, elle n'a pas d'idées de culpabilité ni d'auto-accusation, ni de préoccupations hypocondriaques; c'est dans les influences étrangères qu'elle va chercher les origines de son mal; elle est naturellement amenée à ces conclusions par un automatisme psychique extrêmement actif : mentisme, écho de la pensée, hallucinations psychiques et hallucinations auditives.

L'anxiété causée par des obsessions engendre la mélancolie; l'irritation provoquée par ses persécutions engendre une certaine agressivité.

Constitutionnellement névropathe, Mme J... traverse une période de dépression pendant laquelle ses obsessions et ses persécutions imaginaires donnent naissance à son état mélancolique.

Nous trouvons la justification de notre diagnostic de persécutée mélancolique dans ces quelques lignes empruntées à Hesnard :

« A l'état chronique l'obsession ne se transforme en délire que d'une manière exceptionnelle, et toujours chez les individus présentant antérieurement, de façon plus ou moins silencieuse, des symptômes avant-coureurs de psychose : psychose périodique, états délirants systématisés, etc. Une mention spéciale est à réserver aux persécutés mélancoliques, qui peuvent se présenter assez longtemps sous l'apparence d'obsédés simples, dont le sentiment d'infériorité se teinte d'un sentiment de méfiance ou d'hostilité. » (1).

b) *Chez les persécutés.*

L'observation de Mme J... pourrait nous servir de modèle de dédoublement chez un délirant chronique, car ce dédouble-

(1) Hesnard, *Syndromes névropathiques*, p. 127.

ment peut se présenter de la même façon dans les délires systématisés où le jugement est partiellement conservé. En voici un exemple :

OBSERVATION IV (Personnelle).

Délire chronique de persécution.

Mme A..., 54 ans, est entrée à la maison de santé depuis le mois de juin 1924. Elle nous reçoit le plus souvent d'une façon fort aimable et, au premier abord, on ne se douterait pas que cette femme au regard clair et brillant, aux cheveux grisonnants toujours arrangés avec soin, à la tenue très soignée, passe ses journées à donner des coups de pied dans les meubles, à dire des grossièretés et à adresser des injures à ses interlocuteurs imaginaires.

Histoire de la maladie. — Dès son plus jeune âge, elle se montra irritable et d'un caractère difficile; d'une humeur très variable, elle passait sans transition du rire aux larmes sans raisons appréciables. Mariée à l'âge de 28 ans, elle fut comblée d'attentions par un mari qui supporta avec dévouement les exigences d'une créature particulièrement insupportable. Vers 1912, les hallucinations apparurent; l'excitation devint plus forte et une période de dépression avec tristesse morbide et idées de suicide nécessita le traitement dans une maison de santé. Successivement traitée à Paris et à Bordeaux par de nombreux aliénistes, elle fut définitivement internée en 1924 à l'asile de Château-Picon, où elle occupe un appartement en compagnie d'un chien et d'un oiseau, sous la surveillance d'une infirmière.

Etat actuel. — Dans ses périodes de calme relatif, Mme A... s'amuse avec son chien, et parfois le brutalise, regarde son oiseau et s'occupe à des travaux de couture; puis brusquement, sans cause apparente, elle se lève, devient pourpre, jette les objets qu'elle a sous la main, pousse des cris, dit des grossièretés, adresse des injures à son infirmière, casse les chaises, brise son armoire à glace, les cloisons de son appartement et passe souvent des nuits entières à s'agiter. Mais cette agitation peut cesser si la malade veut bien y mettre un peu de bonne volonté, et elle y réussit d'autant plus facilement que

le médecin lui donne plus de paroles d'encouragement ou de consolation. Elle peut même complètement oublier ses persécutions et son besoin de s'agiter si elle est absorbée par une distraction agréable qui occupe toute son attention. Quand son mari vivait encore, il l'amenait tous les dimanches au théâtre et ils ne regagnaient jamais l'asile sans aller prendre un apéritif à la terrasse d'un des cafés les plus fréquentés de la ville. Les consommateurs qui s'asseyaient à côté de Mme A... étaient loin de se douter qu'ils avaient auprès d'eux une des malades les plus agitées de la maison de santé, car elle était tout à fait tranquille et son visage calme et sympathique inspirait la plus grande confiance.

L'interprétation qu'elle donne d'un automatisme très actif aboutit au dédoublement de sa personnalité. « J'ai par moment quelque chose qui n'est pas ordinaire; c'est comme de la mollesse d'esprit; il y a en moi deux natures, ma nature forte et ma nature mollasse; j'ai en somme deux personnalités. La première, c'est moi, c'est ma nature forte qui sait résister contre le mal et les mauvais penchants, qui ne dit pas de grossièretés, qui n'est pas bavarde, qui est calme et bien élevée.

» La deuxième c'est une personne qui est en moi; elle est méchante, elle est nuisible, je ne l'aime pas; elle est grossière et mal élevée, c'est une domestique. C'est comme si j'avais deux pensées, une aimable et une désagréable, mauvaise, qui m'ennuie et qui cause toujours sans que je puisse l'arrêter. Si elle est de mon avis, elle m'énerve; si elle dit non, elle m'agace encore davantage; je suis toujours en conversation avec elle, et elle doit bien m'aimer, parce qu'elle ne me quitte jamais. Mais non, elle ne m'aime pas, puisqu'elle me force à casser les vitres et à dire des obscénités. »

A côté de cet automatisme psychique, il existe des hallucinations qui sont interprétées de la façon suivante : « J'ai entendu des voix dans l'air; c'étaient des malades de la maison qui disaient des méchancetés. J'ai entendu ce matin le mot de cinq lettres. Qui l'a prononcé? Je ne sais pas, ce n'est pas moi; ça venait de l'extérieur; ça venait du vestibule. J'entends aussi la voix qui est en moi; tantôt elle me parle directement, tantôt elle s'adresse à l'extérieur; dans ce cas, bien souvent la voix revient vers moi; c'est comme une balle

qui serait envoyée contre un mur et qui reviendrait; cela forme un triangle où il y a trois personnes; la première parle, la deuxième reçoit la voix et me la renvoie.

» Tout cela est dû à ma maladie, c'est nerveux, mais enfin cela n'explique pas tout;

» C'est aussi la faute de mon mari, car c'est une voix d'homme qui parle par ma bouche. Et puis c'est la faute d'un tas de gens qui nous veulent du mal, qui nous font des misères, et c'est à cause de tous ces docteurs et de votre médecine assassine, qui fait bien du mal à tout le monde et à moi en particulier. »

La mémoire, le jugement et les facultés logiques sont conservés. Dans les périodes de calme, l'affectivité n'est pas troublée.

Au point de vue physique. — Très bon état général.

Nous nous trouvons donc en présence d'une malade présentant un délire de persécution à base hallucinatoire qui s'extériorise surtout pendant des périodes d'agitation psycho-motrice intenses, rappelant celles d'une maniaque chronique. Elle offre ceci de particulier : l'interprétation qu'elle donne de son automatisme psychique aboutit au dédoublement de sa personnalité et elle fait même intervenir une troisième personne pour interpréter ses hallucinations psychiques.

La lutte qui se livre entre la personne bonne et la personne mauvaise, les interprétations qu'elle en donne, la comparaison avec la balle qui revient, avec le triangle, paraissent confirmer l'opinion que nous avons émise, à savoir que le dédoublement du persécuté n'est qu'une image empruntée par la malade pour traduire certaines impressions, et non pas la traduction d'un sentiment véritable.

B. — DÉDOUBLEMENT AVEC ALTERNANCE DES DEUX PERSONNALITÉS.

Nous désignons par ce terme les états dans lesquels la personnalité du sujet se trouve à un moment donné considérablement modifiée et tout à fait différente de ce qu'elle était dans l'état antérieur. Ceci nous fait immédiatement penser à la psychose circulaire, dans laquelle les manifestations de la personnalité varient au point que les sujets nous apparaissent comme ayant deux personnes qui se succéderaient : l'une étant sous la

dépendance d'une cénesthésie déficiente de laquelle dériverait la dépression, l'autre étant sous la dépendance d'une cénesthésie particulièrement intense coïncidant avec l'excitation.

Malgré les oscillations de l'humeur, les transformations du caractère, les variations de la conduite, il n'y a pas un véritable dédoublement. Le maniaque d'aujourd'hui sait être le mélancolique d'hier; il n'a oublié ni sa situation, ni son âge, ni tout ce qui le caractérise.

Par contre, certains malades, dont les observations, d'ailleurs très rares, ont fait grand bruit dans le monde des psychologues, oublient complètement pendant certaines périodes ce qu'ils ont été dans leur état antérieur et, par conséquent, n'ont pas conscience de ce dédoublement. Le type nous en est fourni par un cas célèbre, plus légendaire qu'historique, nous dit P. Janet, publié en 1889 par le Docteur Weir Mitchell, de Philadelphie, d'après les papiers de son père :

Mary Reynolds était une enfant intelligente et calme, plutôt réservée et mélancolique et d'une bonne santé apparente. Elle eut, vers l'âge de 18 ans, une syncope. Au bout de dix-huit à vingt heures, elle se réveilla, ayant oublié sa vie antérieure et toutes les connaissances acquises. Il lui fallut tout apprendre de nouveau, ce qui, d'ailleurs, fut assez facile, car, au bout de quelques semaines, elle savait parler, lire et écrire. Elle écrivait cependant d'une façon bizarre, de droite à gauche, à la façon des Orientaux. Elle était devenue vive, joyeuse, ne s'effrayait plus de rien, courait dans les bois et jouait. Au bout d'une dizaine de semaines, elle eut de nouveau un de ces sommeils bizarres et se réveilla d'elle-même dans le premier état. Elle n'avait plus aucun souvenir de la période qui venait de s'écouler, mais elle reprenait ses connaissances et son caractère antérieur; elle se montrait de nouveau plus lente et plus mélancolique que jamais. Au bout d'un certain temps, le même accident la fit rentrer dans l'état qui paraissait être le second. Elle n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé dans l'intervalle.

En un mot, dans l'état ancien, elle ignorait tout de l'état

nouveau; dans l'état nouveau, elle ignorait tout de l'état ancien, si bien que dans l'état I elle se souvenait de tout ce qu'elle avait appris dans son enfance, tandis que dans l'état II elle ne se souvenait que de ce qu'elle avait appris depuis son premier sommeil.

Vers 35 ans, l'état II devint prédominant, et à la fin de sa vie il semblait y avoir une sorte de confusion des deux états.

Un autre type, beaucoup plus fréquent, a été publié par le Docteur Azam, de Bordeaux, en 1860.

Taine, d'abord, dans son livre sur *L'Intelligence*, puis Ribot, dans ses *Maladies de la mémoire*, se sont emparés de cette histoire, qui a fait le tour du monde, et il y a maintenant toute une bibliothèque sur cette pauvre femme.

Quand Azam connut Félida pour la première fois, en 1858, elle avait 15 ans et était déjà malade depuis trois ans. Elle souffrait de toutes sortes d'accidents hystériques, attaques, excitations, et ses souffrances avaient altéré son caractère; c'était une personne renfermée, triste et craintive.

Après une syncope de quelques minutes à peine, elle se réveillait brusquement, gaie, active, remuante, sans aucune inquiétude et sans aucune douleur, toutes ses misères antérieures ayant disparu; dans cet état nouveau, elle n'avait absolument rien oublié de l'état précédent, conservant un souvenir exact de sa vie antérieure. Mais cet état de bien-être durait peu. Au bout d'une heure ou deux, nouvelle syncope, réveil et retour à « l'état prime », considéré comme normal, mais dans lequel elle oubliait complètement tout ce qui s'était passé pendant l'état second. Toute cette période était pour elle comme si elle n'existait pas. Peu à peu, cet état prit un singulier développement et, comme à ce moment le sujet était beaucoup plus actif, il lui arriva toutes sortes d'événements graves. La pauvre fille, pendant sa période d'excitation et de gaieté, s'était abandonnée à un jeune homme, qui devait d'ailleurs être son mari; le réveil survint peu de temps après, ne lui laissant pas le moindre souvenir de cet incident. Comme sa santé s'altérait et comme son ventre grossissait, elle alla naïvement consulter

Azam sur ces troubles singuliers. « La grossesse était évidente, dit Azam, mais je n'osai pas l'en avertir. » Quelque temps après l'état II revint, et Félida, s'adressant au médecin, s'excusa en riant de sa consultation précédente, car elle savait maintenant de quoi il s'agissait.

Pendant la plus grande partie de sa vie, ces deux périodes ont alterné et ce n'est que dans la vieillesse que l'une des deux, la seconde, c'est-à-dire la meilleure, a subsisté.

Dans ce cas, il y a un état qui est supérieur à l'autre, surtout au point de vue de la mémoire, ce qui justifie le nom que M. P. Janet a donné à ces cas de « somnambulisme dominant ».

D'autres observations ont été publiées depuis, dans lesquelles on ne trouve pas seulement deux formes d'existence, mais un grand nombre, jusqu'à neuf ou dix.

Tel est, par exemple, le cas de Louis Vivet, étudié de 1882 à 1889 par bien des auteurs, et qui avait six existences différentes, et de nombreux cas publiés par les Américains; P. Janet donne de ces malades l'interprétation suivante, en se servant de l'observation d'une hystérique qui a eu une double existence, en grande partie produite artificiellement. Souffrant de nombreux phénomènes hystériques, des pratiques d'hypnoses suffisaient pour la faire entrer dans un état momentané et artificiel pendant lequel ces troubles disparaissaient. Pendant quinze ans, Marcelline revint de temps en temps se faire endormir pour retrouver son état second pendant lequel elle était heureuse.

« Ces deux états de Marcelline, écrit Janet, ressemblent tout à fait au somnambulisme de Félida, qui présentait également deux états, l'un incomplet, avec de grands oublis, l'autre alerte, avec intégrité de la sensibilité et de la mémoire.

Les états de Marcelline leur ressemblent tellement qu'on pourrait appeler cette malade « une Félida artificielle ». Il faudrait donc lui appliquer les conventions proposées par Azam et par tous les écrivains postérieurs; il faudrait dire que l'état I c'est l'état de dépression dans lequel nous l'avons trouvée au début, et que l'état II, c'est l'état d'acti-

vité qui a été surajouté artificiellement. Ces dénominations lui paraissent tout à fait incorrectes. Il est absurde d'appeler état I l'état de dépression incompatible avec la vie.

La malade a commencé dans son enfance, avant la puberté, par avoir à sa disposition toutes ses sensibilités et toutes ses facultés. C'est là le véritable état I.

L'état anormal est l'état II, et le troisième état n'est que le retour à l'état I. Le cas Férida est analogue et, à la fin de sa vie, l'état alerte revenait seul, parce que l'hystérie était guérie.

Les observations de ce genre se sont faites de plus en plus rares et, surtout depuis les nouvelles théories sur l'hystérie, elles ont complètement disparu. Nous pourrions donner de ce fait l'explication qu'en donne P. Janet. « Le dédoublement de la personnalité chez ces malades n'est pas aussi net qu'on le croyait; il n'est pas le phénomène essentiel; quelque suggestion intervenant, « la double personnalité est devenue la forme hystérique du dédoublement périodique ».

Comme dit Deny, ce serait de la cyclothymie éduquée et travaillée. Déjà en 1877, un rédacteur anonyme de la *Revue physiologique* se demandait à propos de ces malades si on n'avait pas affaire à une énorme mystification. D'après ce que nous savons aujourd'hui sur l'hystérie, cette conclusion semble se rapprocher de la réalité.

Le dédoublement par alternance et sans conscience se réalise peut-être à l'état de pureté au cours des impulsions et autres équivalents épileptiques. Malheureusement, le second « moi », s'il existe, est hors de notre portée.

2. — *Perte du sentiment de spécificité.*

Nous avons vu que le « je » a normalement l'impression d'être le théâtre et la cause des états du « moi ». Ils sont spécifiques par rapport au « je », qui les fait naître, les commande et les dirige. Certains malades ayant conservé les sentiments d'unité et d'identité n'ont plus la sensation d'être les maîtres

de leurs états psychiques; ils leur paraissent étrangers, vagues, flous, détachés d'eux-mêmes. Comme nous avons admis que c'est surtout du sentiment de l'effort que naît le sentiment de la personnalité, il sera dès lors aisé de comprendre comment la perte de ce facteur aboutit à la dépersonnalisation. Etant très souvent liée à une diminution du sentiment de valeur et de puissance, la dépersonnalisation sera étudiée au chapitre suivant.

3. — *Pathologie du sentiment de capacité.*

A. — SENTIMENT D'AUGMENTATION DE CETTE CAPACITÉ

Tout individu normal a conscience de sa valeur, c'est-à-dire de la place qu'il occupe dans la société par rapport aux autres et de ses possibilités. Il n'entreprendra pas généralement des affaires qu'il sait vouées à un échec par suite de son insuffisance et, d'autre part, il n'hésitera pas à persévérer dans une voie s'il croit avoir des capacités suffisantes pour arriver à ses fins.

Par suite d'un trouble du jugement, ce sentiment est profondément atteint dans certaines maladies mentales où le sujet n'ayant conscience ni des difficultés qui se présentent devant lui, ni de son incapacité à les surmonter, croit que tout est à sa portée, par suite de la puissance extraordinaire qu'il a octroyée à sa personne, devenue considérable.

a) *Le maniaque*, se sentant incapable de tout entreprendre, se compare aux empereurs, aux rois, aux grands capitaines, aux grands explorateurs, aux grands savants. Un malade de Logré, hanté par le souvenir de lectures sur la guerre russo-japonaise, aidé par sa connaissance superficielle de la langue russe et de ce qu'il aurait vu et appris au cours d'un séjour en Algérie, se déclarait alternativement colonel des cosaques et brigadier des chasseurs d'Afrique. Suivant qu'il avait adopté l'une ou l'autre de ces deux incarnations, il s'attribuait des

exploits imaginaires, situés par lui dans le milieu correspondant. Tantôt il affirmait avoir défait un parti de cavaliers japonais, escorté la voiture du tsar, etc.; — tantôt à la tête d'une patrouille, il avait dispersé des Bédouins pillards, faisant toujours un nombre considérable de victimes.

b) *Les délirants*, interpréteurs hallucinés ou imaginants, présentent presque toujours des idées de supériorité et, bien souvent, l'exaltation de la personnalité aboutit à la mégalo-manie. Les ambitieux se croient appelés aux plus hautes destinées; ils se posent en politiques profonds, en réformateurs de génie; ils s'assimilent au président du Conseil, lui envoient des lettres dans lesquelles ils exposent la solution des graves problèmes de l'heure présente, la façon de mener à bien les affaires intérieures ou extérieures.

Les millionnaires se plaisent à calculer le chiffre de leur fortune, le montant de leurs revenus, l'intérêt de l'intérêt qu'ils n'ont pas encore touché et, le délire de grandeur revêtant parfois une forme altruiste, ils n'hésitent pas, comme le fait une de nos malades, à distribuer tous les jours une partie de leur trésor imaginaire.

D'autres mégalo-manes sont des inventeurs et des réformateurs. Leurs découvertes et leurs projets ne sont qu'une vaste synthèse d'erreurs coordonnées en systèmes logiques en apparence.

Un malade cité par Logre avait, disait-il, découvert la quadrature du cercle; il était le père de la géologie moderne, croyait avoir trouvé un nouveau principe qui devait révolutionner l'art de la navigation (bateau mû par un jet d'eau qui s'échappe à l'arrière). Il a vendu cette dernière invention pour 3 millions au gouvernement anglais, qui a versé 500.000 francs d'arrhes. C'est aussi un philologue éminent; il a analysé les racines de 42 idiomes différents et créé une langue universelle; il a trouvé la clef de tous les hiéroglyphes.

c) *Chez les paralytiques généraux*, l'imagination exaltée, n'étant plus refrénée par les facultés logiques inexistantes, aboutit à des idées délirantes absurdes dans lesquelles le

« moi » prend une place considérable. Le malade a tous les titres, tous les pouvoirs : il est roi; il est Dieu; il possède l'univers; il a inventé un canon qui lance à plusieurs millions de kilomètres un obus de plusieurs millions de kilogrammes; il sait tout; il connaît toutes les langues et toutes les sciences. L'hypertrophie du « moi » est souvent rencontrée également chez les mythomanes, dans la démence sénile, chez les débiles.

B. — SENTIMENT DE DIMINUTION.

Exalté dans certaines maladies, le sentiment de capacité est considérablement diminué, surtout dans les états d'asthénie et de mélancolie.

a) *Dans les états d'asthénie*, il coïncide avec le sentiment de dépersonnalisation, bien étudié par Hesnard.

Ces malades accusent la plupart du temps deux sortes de sensations :

1° Sensation de diminution pénible de la puissance psychique, de la cérébrosthénie normale, dont la constatation s'accompagne chez l'homme d'une bonne santé, d'un certain bien-être mental et évoque dans son esprit les qualificatifs métaphoriques de clair, net, précis, puissant.

2° Sensation de désagrégation d'éléments normalement réunis par une force synthétique solide qui les catalogue, les rassemble harmonieusement; les souvenirs, les représentations, les tendances, les sentiments, sont vagues et imprécis, mal liés surtout.

On constate donc chez eux une diminution du sentiment de puissance et une sensation de difficulté à effectuer les opérations intellectuelles synthétiques, dont la perception de la personnalité est une des plus importantes.

OBSERVATION V.

(HESNARD.)

F..., 51 ans, instituteur.

Très déprimé et très découragé, se présente en disant qu'il est

pêrdu, qu'il va devenir fou. C'est un homme grand, solide, le visage fatigué et inexpressif. « Tout est brouillé, je n'y reconnais plus rien, je confonds tout, tout passe et repasse dans ma cervelle, je pense à un tas de choses ridicules et vaines, qui s'embrouillent, se succèdent. Je pense à tout et à rien; je ne reconnais plus mes idées; j'ai peur de devenir fou... » Il a l'impression que les faits, les personnes, les lieux, qu'il arrive à se rappeler sont lointains, ont des allures de rêve, de cauchemar même; il ne sait s'il les a seulement rêvés ou vécus.

« Les objets m'apparaissent lointains, obscurs, brumeux, comme dans un rêve; leurs formes sont changées, nouvelles; leurs contours, leurs dimensions ne sont plus les mêmes, et pourtant je les reconnais très bien, ils n'ont pas changé. C'est plutôt moi qui suis changé, je ne les perçois plus comme avant, c'est pour cela qu'ils m'apparaissent comme changés. »

OBSERVATION VI.

(HESNARD.)

Jeune homme de 18 ans. A 8 ans, onanisme d'abord sans remords, puis atrocement obsédant à la suite d'une confession. Accès de mysticisme; voulait être prêtre et martyr.

« Par instant, principalement quand je sortais de mon travail ou d'une occupation absorbante, il se faisait comme un vide autour de moi; il me semble qu'il doit en être de même pour les êtres qu'on enferme sous une cloche d'appareil pneumatique d'aspiration; tout avait un nouvel aspect; il me semble que tout s'éloignait, mais cela ne durait pas. »

Il éprouvait souvent l'impression qu'il était incapable d'effectuer une opération intellectuelle quelconque; à celle qu'il désirait accomplir, venait se substituer une autre, absurde, ridicule, dont il ne pouvait se débarrasser.

Donc sentiment d'impuissance intellectuelle.

b) *Les mélancoliques* se plaignent très souvent de leur impuissance, de leur incapacité psychique. Voici, par exemple,

ce que déclarent les sujets choisis par Masselon : « Je suis, dit l'un d'eux, comme si j'avais le cerveau vide; je ne puis rassembler mes idées; elles ne viennent pas. » « Il y a quelque chose en moi, dit un autre, qui m'empêche d'exprimer ce que je voudrais dire. » « Je n'ai jamais d'idées claires, affirme un troisième, je me fatigue à chercher mes idées. Je n'arrive pas à m'exprimer comme je voudrais. »

Le malade fait parfois de grands efforts pour répondre aux questions qu'on lui pose, mais son attention est faible, elle ne se fixe qu'avec une extrême difficulté et ne peut être soutenue que pendant un temps relativement court. Il déclare ne plus penser normalement, librement, ne plus être impressionné par rien de ce qui devrait le toucher, l'émouvoir; ne plus éprouver d'affection pour les êtres qui lui étaient le plus chers, etc., etc.

Le malade a conscience de cette pauvreté et de cette difficulté de ses opérations intellectuelles, et ses idées d'incapacité expriment le sentiment qu'il a de son infériorité.

c) Quand le P. G. présente un accès de dépression, on retrouve dans la diminution de ses sentiments de valeur et de puissance l'énormité et l'absurdité qui caractérisent leur exaltation. Il est le néant, il n'est rien qu'une ombre, qu'une ordure, il n'a plus de pensée, son être a disparu.

III

TROUBLES DE LA PERCEPTION DE LA PERSONNE PHYSIQUE

1^o Dépersonnalisation en général.

La synthèse de toutes les sensations élémentaires cénesthésiques aboutit à la sensation corporelle et nécessite, ainsi que nous l'avons vu au début de ce travail, autre chose que ces sensations élémentaires. Elle ne peut se faire que grâce à une opération intellectuelle supérieure qui n'est plus à la disposition de nombreux malades recrutés surtout parmi les asthéniques et les mélancoliques.

Cette déficience de la perception corporelle vient-elle d'un trouble des sensations ou d'un mauvais fonctionnement des centres supérieurs rendant la synthèse impossible par suite de la perte de ce que P. Janet appelle la « fonction du réel » ?

Dans le cas d'hallucination cénesthésique, le trouble vient-il d'une sensation mauvaise perçue par des centres intellectuels intacts ou est-il dû à une sensation normale mal perçue par un cerveau lésé ?

Quand Krishaber décrit la névrose cérébro-cardiaque, il mit au premier plan les troubles sensoriels, perturbations ou hyperesthésie, aberrations résultant de troubles vaso-moteurs et d'une ischémie fonctionnelle du système nerveux, d'où résultaient les conceptions étranges que se faisaient ses malades des choses et d'eux-mêmes.

Taine triompha : l'intelligence étant intacte, mais les impressions sensorielles perverses et altérées, le moi est méconnu ; c'est donc que le moi est bien un produit des sensations,

dont l'identité dépend de l'identité même de ses éléments. Quand les sensations qui constituent le « moi » deviennent autres, les goûts, les désirs, les facultés, les affections morales, se modifient et, avec elles, le « moi » tout entier. » (1).

Telle était la *théorie sensorielle*.

D'après la *théorie cénesthésique*, le premier rôle reviendrait aux sensations organiques et non aux impressions sensorielles pour aboutir à la perception corporelle.

Janet observe avec raison que ce n'est pas beaucoup faire avancer les choses que d'expliquer les sensations étranges qu'éprouvent les malades par des troubles cénesthésiques dont la démonstration est encore à faire.

Quoi qu'il en soit de son origine, la perception corporelle présente des perturbations dans certaines maladies mentales, notamment dans la mélancolie et dans les états d'asthénie.

a) Certains *mélancoliques* se plaignent de ne plus sentir, de ne plus être, de ne plus voir comme auparavant. « Ces sensations portent souvent sur le corps et en particulier sur les viscères abdominaux dont le fonctionnement n'arrive plus à la conscience cénesthésique ou n'y arrive que troublé. » (2).

« Chacun de mes sens, chaque partie de moi-même, est pour ainsi dire séparée de moi et ne peut plus me procurer aucune sensation. » Cotard a vu dans ces symptômes le point de départ de ces formes de délire hypocondriaque qu'il a décrites.

Le malade commence à dire que le fonctionnement de ses organes est troublé, qu'il les sent mal puisqu'il ne les sent plus; apparaissent alors les délires d'énormité, de négation d'organes, de non-existence corporelle. « Je n'ai plus d'estomac, on m'a enlevé le cœur, mon intestin est bouché, je n'ai plus de vertèbres », etc.

b) *Dans les états d'asthénie*, dit Hesnard, les malades ont le sentiment que leur personne, leur corps est changé, qu'il y a quelque chose d'anormal en eux, qu'ils se perçoivent mal eux-

(1) Cité par Dumas, *loc. cit.*, p. 537.

(2) Régis, *Précis de psychiatrie*, p. 283.

mêmes; leur corps ne leur apparaît plus comme avant; ils ont une conscience nouvelle.

Ce sentiment peut n'exister que pour une variété de perceptions.

Par exemple, le sujet ne reconnaît plus sa propre voix. En voici un exemple :

« Comme il avait commencé à parler d'une voix sonore et claire, l'accent et le timbre de ses propres paroles l'affectèrent au point de le plonger dans une sorte d'hallucination. Il crut se voir devant la foule qui retenait son souffle pour ne rien perdre de ce qu'il disait, et, oubliant qu'il était lui, il s'arrêta pour écouter. Il s'ensuivit une pause si démesurément longue que l'auditoire commençait à se demander ce qu'il fallait en penser; surpris lui-même de ce silence, il se souvint enfin qu'il était là, non pour écouter, mais pour parler. Alors il acheva son discours d'un trait et d'une façon si éloquente, avec une diction si expressive, que les acteurs présents en furent eux-mêmes émerveillés. »

Le sentiment de s'entendre parler, de s'étonner de sa propre voix, est courant chez les dépersonnalisés. On l'a signalé assez fréquemment dans les états de fatigue passagère.

Parfois le malade a l'impression physique que ce n'est pas lui qui agit, qu'un autre agit à sa place, qu'il est un automate, une mécanique. Il traduit quelquefois un phénomène semblable en disant qu'il est inerte dans tous ses mouvements, engourdi, que son corps n'agit plus, ne vit plus, est en léthargie : « Je ne suis qu'une machine et je dois faire des efforts bien pénibles pour rester quelqu'un; j'agis toujours en rêve comme un somnambule. Je suis dans mes accès comme un automate, je vois mes mains et mes pieds, je les sens faire des actions sans que je le veuille. »

A un degré plus accentué, les malades ont le sentiment de ne plus exister, d'avoir perdu leur personne, de ne plus vivre, d'être morts. « Je raisonne comme tout le monde et je vous assure que ce n'est plus moi, je sens bien que je mange et cependant ce n'est pas moi qui mange; c'est tellement drôle que

je ne peux pas détourner mon esprit de cette maladie, je ne demande qu'une chose, c'est de retrouver ma pauvre et chétive personnalité. Pourrai-je jamais retrouver ce pauvre moi qui, depuis trois ans, me semble disparu? Tantôt il me semble que c'est moi qui souffre, tantôt j'ai besoin de me revoir dans la glace pour savoir si je suis moi-même, je me trouve si drôle que je me crois à moitié morte, à moitié vivante, je suis toujours occupée à me demander si j'existe encore. » Elle doute si elle est encore elle-même, si elle est un meuble, un animal, un porc que l'on saigne. « Ma voix a un caractère étrange, me fait mal; je suis convaincue que ce n'est pas moi qui parle; je ne reconnais plus mes membres; j'ai besoin de réfléchir et de me retenir pour ne pas aller me chercher moi-même car il me semble que je suis restée en arrière. Il me semble que je ne vis plus que matériellement, que mon âme est séparée de mon corps. J'en arrive à me demander si j'existe d'aucune manière. » (P. JANET.)

OBSERVATION VII.

(JANET.)

D..., 18 ans. « Depuis longtemps je ne veux plus rien; s'il s'agissait de moi, je ne ferais absolument rien du tout, je ne parlerais même pas. Je ne remue pas, je ne fais aucun mouvement. — Cependant, me direz-vous, vous marchez puisque vous êtes venu ici ce soir, vous parlez. — Cela est vrai, mais je n'y comprends rien : ce n'est pas moi qui agis, je me vois agir. Je m'apparais à moi-même. Je m'entends parler, c'est un autre qui parle à ma place. Au fond, je ne suis plus vivant, je suis un mort qui erre sur la terre, un mort qui remue... Je ne suis ni plus ni moins qu'une bête anéantie à petit feu... »

OBSERVATION VIII.

(HESNARD.)

M... (B.), 23 ans, séminariste. Entérites de l'enfance. Vomissements nocturnes à 12 ans par gastrite. Excès intellectuels à 19 ans,

Puis eut des idées hypochondriaques et des sensations étranges qui ne l'ont pas quitté depuis. Intelligent. Se découvrit une vocation religieuse brusquement à 13 ans à la suite d'un sermon. Il entra au séminaire et se mit à travailler avec une fougue extraordinaire toutes les branches de la science humaine. Les livres médicaux firent sur lui une grande impression. Il passait son temps à se composer des « plans de vie » ou des « régimes » invraisemblables.

Etat actuel. — Très hypochondriaque, il se croit atteint de chute du rectum, débilité nerveuse, fièvre lente, dyspepsie. Il mange et boit continuellement pour compenser par un nouvel apport de matériaux toutes les forces qu'il dépense à chaque instant; son foie, dit-il, est ptosé, son estomac dilaté, ses intestins rétrécis et à demi obstrués, ses selles étant en queues d'anguilles, ses poumons insensibles, ses yeux pourris et gonflés, sa muqueuse nasale calcifiée, son œsophage tordu, il est obligé de le « tirer » de temps à autre pour une éructation.

« Je ne suis pas un malade comme les autres, je suis loin de moi, de mon corps, loin de ma personne; je ne sais pas trop quelquefois si je suis en dehors ou au-dessus de moi. L'après-midi spécialement, quand mon estomac n'est pas tout à fait à sa place et que mon cœur est refoulé, j'ai l'impression subite que je ne sais plus qui je suis, qui est mon corps. »

Il a remarqué la coïncidence de ces sensations avec les moments où son estomac lui paraissait plus malade.

Au point de vue physique. — Dilatation d'estomac, constipation. Pendant la digestion, battements céphaliques, congestion du visage, palpitations, bouffées de chaleur, somnolence.

Arhythmie, réflexes tendineux vifs, asthénie considérable.

OBSERVATION IX.

(HESNARD.)

F..., 51 ans, instituteur. « Mon regard est drôle, il me semble oblique, pas droit, il ne frappe plus le but comme il faut; je me regarde quelquefois dans la glace pour voir si je ne deviens pas louche. Ma voix est lointaine, terne, étrange et il me semble qu'elle

expire sur mes lèvres. » Il se regarde vivre, penser, souffrir, il se dédouble constamment. Enfin, une série de sensations anormales lui arrivent de tous les points de son corps; sa tête est lourde, douloureuse, il a des sensations dans le front, dans le crâne, surtout dans l'os et sur la peau, ou entre peau et os. Il a la sensation qu'un capuchon lui couvre constamment la tête, le cou, les épaules comme une pèlerine lourde et pénible, ou qu'un « béret » serré lui maintient les tempes. Il a des sensations de torsion dans tout le côté gauche, qui est le côté de la nervosité. Son nez est bouché, il ne s'est pas complètement débouché depuis le début de sa maladie. Il lui semble qu'il ne peut plus mâcher comme avant, que quelque chose est détraqué dans l'articulation. Il sent des courbatures dans les membres, des picotements et des fourmillements dans les extrémités, surtout à gauche.

Au point de vue physique. — Langue saburrale. Haleine fétide. Estomac clapotant, non dilaté. Ventre un peu ballonné. Cœur arythmique. Pouls dur.

Urines à dépôt abondant. Phosphaturie. Hypo-azoturie.

OBSERVATION X.

(OESTERREICH.)

P..., 35 ans, philologue. Maladie ayant débuté en 1902. Paralyse de la faculté de synthèse, de combinaison, rumination mentale, introspection malade, sentiment d'étrangeté; le monde lui paraissait être peuplé de fantômes. Il perd alors le sentiment de sa personne, surtout de son corps. Un peu amélioré par une hypnose complète, il se met à écrire sa thèse, mais éprouve une difficulté énorme à écrire la première phrase. Il éprouve une grande difficulté quand il s'agit de concentrer son attention, d'avoir une impression totale, une synthèse, une vue d'ensemble, qu'il s'agisse de son travail ou d'un morceau de piano, dont il ne saisit que des accords partiels. Ce qui le tourmente le plus, c'est un manque d'intérêt pour tout, une apathie affective énorme, il n'a plus de joie au travail, à l'existence.

2° Hallucinations cénesthésiques.

Les hallucinations cénesthésiques et de la sensibilité générale peuvent aboutir à des troubles de la perception corporelle très intenses et dont l'expression rappelle parfois à s'y méprendre ceux que nous avons trouvés dans les états d'asthénie.

En voici un exemple saisissant.

OBSERVATION XI.

(Personnelle.)

Délire chronique de persécution.

Mme N..., 57 ans, est entrée à l'asile de Château-Picon le 14 juin 1923. Bien qu'on ne signale pas d'antécédents héréditaires vésaniques, elle avait toujours été irritable et méfiante; ce caractère difficile la rendait insociable au point que ses enfants et son mari s'étaient éloignés d'elle bien avant l'apparition de ses troubles mentaux. Elle a toujours joui d'une bonne santé et, à part quelques bronchites et une fièvre typhoïde, elle n'a jamais eu de troubles organiques sérieux.

Histoire de la maladie. — Deux ans avant son internement, elle déclara un jour, en sortant de la messe, que le prêtre l'avait envoûtée; depuis, ses idées délirantes n'ont fait que s'accroître. Puis survinrent des périodes d'excitation et de dépression qui nécessitèrent une surveillance spéciale et la firent placer à Château-Picon au cours d'un accès de dépression signalé dans le certificat de vingt-quatre heures : « Malade atteinte d'un délire de persécution systématisé qui, datant de deux ans environ, a toutes les apparences d'une affection chronique; elle croit qu'on lui dit des injures, qu'on la violente, qu'on porte atteinte à sa réputation, etc. Il se produit de temps en temps des réactions vives. Pour l'instant Mme N... est très affaiblie, pleure et refuse la nourriture. »

Elle exprimait à ce moment les idées délirantes les plus variées dans lesquelles les préoccupations génitales prenaient une grande place.

« Je suis dans une maison de bagnards et de prostituées; les sœurs ont reçu de l'argent pour me garder sous prétexte qu'il faut une sainte ici. On m'a séparée de mes enfants pour pouvoir abuser d'eux, on a enlevé à mes filles tout ce qu'elles ont; j'ai entendu dire qu'on abusait de mes filles; les infirmières les livrent pour les conduire dans les maisons publiques; c'est l'inquisition. On est même allé jusqu'à dire que j'avais eu des relations avec mon fils et on a prononcé le mot « d'amant »; c'est le curé L... qui l'a dit. Et moi, je n'ai couché qu'une fois avec lui, il avait alors 24 ans; il venait de faire son service; il n'y avait qu'un lit, alors je l'ai fait coucher avec moi, et, quelques jours après, j'avais des scrupules et je me suis confessée au prêtre. Maintenant on dit : « C'est un chenapan, c'est l'amant de sa mère ». Il y a 18 petits soldats dans la cave qui sont des dédoublements de moi et de mon fils. Mme G... en prend un chaque jour pour son plaisir; la folie sanguinaire et érotique l'a reprise, l'odeur du sang la saoule. J'entends : « tableau, tableau », et cela signifie tableau d'orgie... Cette nuit, j'ai appris que le général D... avait abusé d'un de mes 18 petits soldats.

« J'ai entendu ceci : « Général Dagobert souillé soldat. » On dit que je suis une femme qui se masturbe; l'un dit que c'est le jour, l'autre la nuit. Si je vais aux cabinets on me surveille et puis on vient voir et on dit : « C'était bien ça, elle le fait. » Si j'avais voulu je l'aurais fait, c'est un organe comme un autre, mais si je tâte cet organe, c'est pour voir s'il est en bon état. J'ai subi un coup de couteau qui allait de la région ombilicale au vagin. »

Depuis son internement cette malade n'a pas cessé d'exprimer ses idées délirantes avec d'autant plus d'insistance que son excitation est plus grande.

Etat actuel. — Se présente aujourd'hui sous l'aspect d'une malade légèrement asthénisée, pâle et amaigrie; le regard est fixe, s'anime quand elle proteste contre les agissements de ses persécuteurs imaginaires et quand elle extériorise son délire avec une volubilité croissante et en se servant des expressions les plus variées et les plus inattendues.

Sa mémoire est excellente, et elle est même très grande quand

il s'agit de faire appel aux plus petits événements de sa vie passée qui serviront à systématiser son délire.

« J'ai 57 ans, je suis née le 3 novembre 1872; il y a eu six ans et neuf mois avant-hier, le 14 mars, que je suis à Château-Picon, chemin de la Béchade. C'est une maison de malades d'un genre spécial, des personnes que l'on ne peut garder chez soi, qui vous font du mal et qui ont des crises. On m'a amenée ici par surprise; une amie m'avait invitée à faire une promenade en automobile; au moment de monter dans l'auto, je veux redescendre parce que j'avais oublié mon sac; on ne voulut pas me laisser rentrer chez moi; je compris alors à certains gestes qu'on m'avait trompée et je voyais bien que tout cela était louche. »

Son fonds mental est conservé, mais elle n'en exprime pas moins les idées délirantes les plus extraordinaires, dans lesquelles son imagination, des hallucinations et des illusions de toutes sortes prennent une part très active. On note des hallucinations auditives, visuelles, olfactives et cénesthésiques les plus variées. « Je sens toujours du chaud et du froid, de la glace me monte dans le ventre. On me baigne dans un bain de glace et on murmure à côté de moi : « C'est bon ». Il me manque à la jambe un nerf qui communiquait avec le cerveau en passant par l'anneau inguinal; on me l'a coupé. Je suis désossée; la gardienne a le pouvoir de désosser; elle m'a enlevé la phalange de l'index et maintenant je ne peux plus m'en servir. Toutes les nuits on me travaille la colonne vertébrale, on m'a pris l'os du bas-ventre; je sens une légère machine qui travaille et on dit : « Je viens t'arranger ». On a essayé de remplacer l'os qu'on m'avait enlevé.

» Je ne sais si ce sont des effets de glace ou de plancher, toujours est-il que je me vois là par terre avec une jambe en moins; maintenant je me vois dédoublée, là, derrière le plancher; ce n'est pas une hallucination puisqu'elle a la même robe que moi, puisque c'est moi; je correspond, je parle avec elle; elle me dit : « Je m'ennuie, » ton fils va venir, attends-le dans le salon. » Je me vois sur ce mur avec le même chapeau, mais ma deuxième personne ne dit rien; elle ne parle pas en même temps que moi; maintenant, je ne la vois plus distinctement, je ne vois que le chapeau et puis mon corps qui remue, c'est tout.

» Ce matin Mme W... m'a insultée, elle m'a dit : « Vache, salut » la vache, salut le roi des juifs!. » J'ai vu hier soir mes enfants dans le dortoir; ça sentait la morve et l'huître cuite, d'ailleurs, tenez, voilà l'odeur qui arrive, je la sens. »

Affectivité. — Soucieuse de sa situation elle demande sans cesse sa sortie de l'asile, disant qu'elle n'est ni folle ni hallucinée. Pendant ses périodes de dépression, elle est triste et résignée, proteste faiblement, pleure sur ses malheurs et se présente comme une persécutée mélancolique.

Dans ses périodes d'excitation elle est au contraire coléreuse et agressive, discute à haute voix avec ses interlocuteurs imaginaires, s'agite, fait de grands gestes et maudit tous ceux qu'elle croit responsables de ses misères.

L'activité utile est nulle, préoccupée par son délire, la malade ne s'occupe ni à des travaux de couture ni aux soins du ménage.

Au point de vue physique. — Malgré un amaigrissement prolongé et la pâleur du visage, l'état physique est bon. Ses fonctions digestives sont excellentes. Le rythme du cœur n'est pas troublé et les bruits sont normaux. La pression au Pachon est de : Mx, 12; Mn, 9; Io, 2. Il n'existe pas de troubles de la réflexivité.

Nous trouvons donc chez cette persécutée chronique des troubles de la perception corporelle dont l'expression rappelle celle des mélancoliques et des psychasthéniques. Une différence essentielle existe cependant dans l'interprétation de ces troubles. Alors que dans les états d'asthénie le malade se contente de constater un fait qu'il ressent et de le mettre sur le compte de son état morbide, le persécuté accuse des forces étrangères et les rend responsables de ses troubles.

Les impressions ressenties paraissent être les mêmes; rien ne nous prouve qu'il ne puisse en être ainsi, mais l'interprétation donnée par le délirant indique un trouble du jugement plus grand que dans le premier cas. Les premiers disent : « J'ai l'estomac déplacé, j'ai mal dans les os, j'ai l'intestin bouché »; les autres déclarent : « on me déplace l'estomac, on m'a enlevé un os, on me bouche l'intestin ».

3° Perte du sentiment d'unité et d'identité.

A. — DANS LES ÉTATS D'ASTHÉNIE.

Le dédoublement de la personne physique se rencontre dans les états d'asthénie; il coïncide souvent avec le dédoublement psychique, mais il est cependant beaucoup plus rare; il n'a pas son origine dans l'interprétation d'un syndrome morbide comme dans l'obsession; il s'impose d'emblée au malade qui en ressent une vive anxiété ainsi que nous le verrons dans l'observation très curieuse que nous donnerons à la fin de ce travail. Parfois les malades ont la sensation que leur personne physique est séparée de leur personne mentale :

« Je sens un moi qui pense et un autre qui exécute. Tout ce que je fais est machinal, cela se fait tout seul, sans moi; j'ai perdu toute conscience de mon être. Il me semble que je ne vis plus que matériellement, que mon âme est séparée de mon corps. » (1).

OBSERVATION XII.

(SÉGLAS.)

Un de nos malades est pris d'une crise anxieuse chaque fois qu'il doit traverser une place. C'est qu'à ce moment, il ne sait plus comment s'y prendre pour marcher, pour faire mouvoir ses jambes. L'une d'elles en effet, la droite, lui semble comme dédoublee (*sic*); il se sent comme trois jambes et parfois il voit même la troisième jambe à côté des deux autres, et s'il ne peut traverser la place c'est qu'il ne sait comment il doit faire pour marcher avec trois jambes au lieu de deux.

OBSERVATION XIII.

(SÉGLAS.)

« Au bout de quelques pas, dit une dame, il me semble que je me dédouble. Je perds la conscience (*sic*) de mon corps qui est

(1) Hesnard, thèse de Bordeaux, *loc. cit.*

comme en avant de moi. Je marche, j'ai bien conscience que je dois marcher, mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que c'est bien moi qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi, et, souvent, il me faut interpellier un passant, entrer dans un magasin pour parler, demander quelque chose, afin de me donner une nouvelle preuve que je suis bien réellement moi.

OBSERVATION XIV.

(SÉGLAS.)

Enfant d'une douzaine d'années, atteint d'obsession à forme confusionnelle.

Parfois, en se promenant, comme il restait un peu en arrière de son précepteur, celui-ci le rappelait vers lui. L'enfant accourait aussitôt, et, après l'avoir rejoint, tout à coup il s'écriait qu'on l'avait abandonné, laissé en arrière, qu'il fallait aller le chercher, qu'il était perdu.

Une autre fois, voyant une voiture cellulaire, il aperçut le garde municipal à la lucarne. La voiture passée, le voilà pris soudain d'une grande peur, craignant d'avoir été emmené par le garde, qui l'aurait regardé en passant.

A ces sensations de dédoublement peut s'ajouter un sentiment de fragmentation, de séparation des membres :

J'ai l'impression que je ne sais plus qui je suis, qui est mon corps, je me regarde vivre, penser, agir, comme si c'était un autre qui habitait mon corps. Je ne me reconnais plus entièrement, mes jambes, mes bras, le tronc, me paraissent loin, loin, même quand je ferme les yeux.

B. — DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES.

L'apparition d'une deuxième personne due à une hallucination visuelle est rare dans les délires systématisés chroniques, mais elle peut exister ainsi que nous l'avons vu dans l'observation XI. Le malade ne dit plus : « J'ai l'impression d'être double, il me semble que je suis dédoublé » ; il ne traduit plus

une déficience d'une fonction intellectuelle, d'une perception synthétique, il s'agit ici d'une simple hallucination : « Je me vois sur ce mur, c'est moi, c'est ma deuxième personne, elle me parle, elle est habillée comme moi. »

4° Troubles du sentiment de la puissance corporelle.

La force musculaire du maniaque est augmentée pendant ses crises d'excitation, mais la confiance qu'il a dans ses possibilités est encore plus grande; il se compare aux boxeurs, aux lutteurs les plus fameux. Les exercices physiques les plus difficiles sont un jeu pour lui.

Le P. G. est encore plus affirmatif au sujet de ses performances stupéfiantes; il porte des maisons sur son dos, il bat une auto à la course, il peut marcher pendant des années sans fatigue. Les débiles se vantent très souvent d'exploits personnels, dont ils croient peut-être la réalisation possible. Par contre, les mélancoliques et les asthéniques, en général, n'ont pas confiance dans leur valeur corporelle; leur force physique en réalité déficiente l'est bien davantage dans leur imagination. Tantôt ce sont leurs organes qui ne marchent pas : « Mon cœur s'arrête, mon intestin ne fonctionne plus, mes poumons ne respirent pas; mes jambes ne peuvent plus me porter. » Tantôt c'est leur force musculaire qui ne leur permet plus d'élever les bras, de marcher, etc.

Voici une observation qui résume les principaux sentiments d'incomplétude dans la perception de la personnalité :

OBSERVATION XV (Personnelle).

Psychose circulaire.

Mlle B..., 50 ans, institutrice, est en traitement à l'asile de Château-Picon depuis deux ans; elle n'en est pas d'ailleurs à sa première admission car, depuis de longues années, elle alterne les séjours dans les maisons de santé privées avec les internements dans

les asiles, ne pouvant se supporter nulle part, mais sachant parfaitement bien se rendre insupportable.

C'est une personne instruite, cultivée même, qui, dans ses périodes de calme, se présente sous l'aspect d'une femme bien portante, peu vieillie, malgré ses 50 ans et ses cheveux blancs. La façon dont elle s'exprime, dont elle juge certaines choses, contraste avec son impossibilité à s'adapter à un milieu social. C'est par elle-même que nous avons sur l'histoire de sa maladie les détails les plus précis.

Antécédents. — Une de ses tantes est morte dans un asile. Son père était nerveux, très émotif, violent et coléreux. Sa mère était, dit-elle, tout à fait bien portante. De ses trois frères et sœur le plus jeune est émotif et nerveux. Enfant, elle était très émotive, avait peur de tout, surtout la nuit; très scrupuleuse, elle exagérait la portée de ses fautes, ce qui ne l'empêchait pas de les commettre; elle se livrait à l'onanisme malgré des craintes de damnation. A l'âge de 25 ans, première crise de dépression qui dura six ans et nécessita un séjour à l'asile d'Albi d'où elle ne sortit qu'en 1911. Elle traversa à ce moment une très bonne période, qui lui permit d'exercer son métier d'institutrice. En 1917, nouvelle crise suivie d'un internement de huit mois à l'asile de Saint-Alban. Puis elle fut soignée successivement à l'hôpital Saint-André à Bordeaux et dans plusieurs maisons de santé. En août 1923, crise de dyspepsie, alimentation lactée pendant un an (?). En avril 1925 un petit héritage lui permet d'aller en villégiature dans les Pyrénées, à Saint-Sauveur, où elle « exalte sa sensibilité au contact des beautés de la grande nature ». Suivent plusieurs séjours à Saint-André, motivés par des crises d'angoisse; séjour chez une amie; séjour chez son frère; retour à Saint-André; consultations multiples; rayons X; guérisons passagères; rechutes; épuisement total de l'héritage; première admission à Picon en 1926; sortie au bout de six mois, et deuxième admission en 1928.

Si Mlle B... n'a pu s'adapter à un milieu social et subvenir elle-même aux exigences d'une vie normale, c'est qu'elle présente des troubles de l'humeur et du caractère, de nombreux signes de psychasthénie, une tendance paranoïaque et un délire hypochondriaque.

Son humeur est extrêmement variable; hier, aimable et souriante, elle nous fit bon accueil et nous fit part de ses espoirs au sujet d'un concours littéraire pour lequel elle a préparé un roman qui obtiendra sûrement le premier prix. Le plus souvent, elle est coléreuse, parle fort, pousse des cris, adresse des injures aux infirmières et au médecin, dit des mots grossiers, mais elle garde plutôt l'aspect d'une personne normale qui se mettrait en colère que celui d'une maniaque agitée. Elle exprime alors quelques idées de persécution : « C'est la faute de M. A... si je suis ici, c'est lui qui a tout fait pour me faire enfermer, pourquoi arrête-t-on mon courrier? Si je n'ai pas eu le prix Minerva c'est parce qu'on a retardé mes lettres et on l'a fait exprès », etc.

Bien souvent nous avons manifesté devant elle notre étonnement de voir une personne n'ayant aucun trouble organique passer son existence dans son lit alors qu'un léger effort, semble-t-il, suffirait pour lui permettre de se comporter comme une personne normale. Elle exprime alors des sentiments d'incomplétude de sa personne physique et mentale qu'elle analyse d'une façon très précise et parfois très imagée.

Sentiment de dépersonnalisation psychique :

« La gamme des troubles portant sur mes opérations intellectuelles est immense; toutes sont modifiées, souvent elles sont abolies. Une des impressions les plus pénibles, c'est la perte de valeur et d'importance de toutes choses. Tous les intérêts humains disparaissent ou s'amoindrissent et comme le souvenir reste d'un passé où tout avait l'importance, la valeur normale, c'est pour moi un état atroce.

» J'ai également l'impression que rien ne m'appartient, que je ne suis plus la maîtresse de mes états de conscience; je ne peux plus rien faire mien, ni ce que je vois, ni ma pensée, ni mes paroles, ni mes actes. Et cependant, je peux dire sans avoir le sentiment de ma parole, de ce que je possède : « Ceci est à moi, je pense cela, je fais cela. » Quelques possibilités d'activité intellectuelle me restent. Je peux lire et écrire, mais je ne peux m'approprier ce que je lis et ce que j'écris bien que tout cela me reste à l'état de souvenir.

» Il me semble que j'ai perdu mes qualités et mes défauts; de mes qualités d'ordre, de propreté, de coquetterie, je n'ai que le souvenir et c'est peut-être ce qui cause le plus de peine à un être qui était autrefois propre jusqu'à la manie et avait le goût de la toilette, du confort et du bien-être matériel. Mes anciennes habitudes disparaissent et avec elles l'amour de mes affaires et des choses auxquelles je tenais tant. Il me reste des idées de justice, d'amour de la vérité et de la droiture avec un vague et impersonnel jugement des êtres. Je n'ai plus de surprise ni d'admiration. »

Sentiment de dépersonnalisation physique :

« Je ne peux plus réaliser mon corps, le voir. Je vois bien de la chair, mais je ne reconnais pas mon corps et je ne peux pas approprier ce que je vois à moi-même. Il semble qu'il y ait une cassure de la cervelle. Mes sensations sont diminuées, incomplètes, mon être physique me semble rapetissé, rétréci, et les sensations de position du corps couché, assis, debout, ne sont presque plus perçues. Manger et boire, même de bonnes choses, ne me donnent aucune satisfaction. Je ne sens plus mon corps. J'ai l'impression qu'il est transparent, c'est de l'air, c'est une ombre. L'impression du « nu » au déshabillé a disparu. De mon être total, il reste un embryon informe qui n'a plus de nom. »

Sentiment d'étrangeté du monde extérieur :

« Je ne reconnais pas le monde qui m'entoure; il ne fait plus vibrer mon cerveau. Ce n'est pas une perte de mémoire, car je sais que tout ce que je ne reconnais pas existe, mais c'est un éloignement, une fuite, je ne peux pas ramener le monde extérieur à moi-même, le faire mien, car je n'ai plus la reconnaissance du soleil, de la lumière, du ciel, des arbres; je ne sais plus s'il fait beau ou s'il fait mauvais temps, cela ne retentit plus en moi, tout cela est loin de moi, je le perçois et je ne le sens pas. J'ai parfois l'impression qu'il fait noir en plein midi, tout est gris, sans relief, *je vois tout sur un même plan comme sur une toile*. Il y a dans ce sentiment que j'éprouve deux choses distinctes : la transformation de l'aspect des choses : forme, couleur, lumière, et la non-reconnaissance, la non-propriété, de ces choses extérieures. »

On ne saurait vraiment mieux exprimer les sentiments d'incomplé-

tude trouvés habituellement dans les états psychasthéniques; il est vrai de dire que Mlle B... a lu autrefois des ouvrages de psychologie morbide se rapportant à son état et il est fort possible qu'elle emprunte à ses souvenirs littéraires quelques-unes de ses expressions.

On est très surpris, d'autre part, de voir cette personne, qui se plaint de ne plus sentir tout ce qui se dégage des beautés de la nature, arriver, à l'aide de simples souvenirs et dans de belles descriptions qui témoignent d'une grande sensibilité et d'un certain esprit d'observation, à évoquer des spectacles dont elle a été le témoin : « D'un bout à l'autre de l'espace, le brouillard, opaque à certains endroits, lumineux à d'autres, brillant de mille facettes diamantées, s'ouvrait tantôt par larges échancrures, tantôt par petites échappées; les rayons du soleil passaient au travers de ces trouées où apparaissait un peu du bleu de la mer. Des modifications incessantes se produisaient dans cette masse vaporeuse, en changeaient l'aspect à chaque minute. Dans cette évolution rapide, la lumière progressait : les nuages, la brume, cédaient la place... les trouées éblouissantes se faisaient de plus en plus nombreuses, enfin l'aube apparut dissolvant les dernières buées, et la mer et le ciel se montrèrent inondés de splendeur... »

Voici quelques vers qu'elle nous adressa un jour que nous lui avions demandé des précisions sur son état de dépersonnalisation.

*Ecoutez, monsieur, c'est barbant
De toujours parler maladie,
C'est bien assez, oui vraiment,
De la subir toute la vie.*

*J'aimerais mieux vous conter
Le récit de mes aventures,
Qui, je l'avoue sans me vanter,
Ont plus intéressante allure.*

*Mes randonnées dans l'idéal
Et mes randonnées sur la terre.
Etre heureuse sans faire de mal,
Monter très haut dans la lumière,*

*Redescendre chez les humains
Sans se mêler à leurs poussières,
Ne prendre d'eux sur leurs chemins
Que l'Art, l'Amour et la Prière.*

*Et loin de leur férocité,
De leur passion bête et méchante,
Vivre la vraie félicité
D'une solitude clémente.*

*De la nature tout vouloir
Car tout est bon dans notre mère,
Le nuage et le très beau soir,
La plaine et la montagne altière,*

*L'air, le doux vent, le chaud soleil,
La neige, l'ondée, la brise,
Le ciel très gris, l'azur vermeil,
Du bruit des flots la douce emprise.*

*Cela, Monsieur, ce fut ma vie.
Je préférerais la conter
Que la stupide maladie
Qui me mène à l'éternité.*

Elle est d'ailleurs très orgueilleuse de ses productions littéraires, estime avoir une grande intelligence, un jugement sain en toutes choses. Ses nombreuses prétentions et ses vagues idées de persécution caractérisent sa tendance paranoïaque.

D'autre part, elle ne se contente pas d'exprimer sa difficulté à percevoir le monde extérieur ou son corps, elle a les soucis hypochondriaques d'une grande mélancolique; elle croit être atteinte d'une maladie de cœur extrêmement grave, qui l'empêcherait même de marcher si elle osait le faire. Elle rend cette affection responsable, non seulement de toutes ses crises d'angoisse, mais aussi de certains troubles dyspnéiques, s'accompagnant de hoquets, de sensation factice de mort imminente, dont Mlle B... nous a donné plusieurs fois un tableau très dramatique grâce à une disposition au pithiatisme qui vient encore s'ajouter à un tableau clinique si lourdement chargé.

Au point de vue physique. — Assez bon état général. Pas de troubles digestifs. Le pouls est faible, mais régulier. La tension au Pachon est de : Mx, 13; Mn, 9; Io, 2 1/2.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs et on note une légère trépidation épileptoïde de la rotule à gauche. Hypoesthésie généralisée.

Interprétation. — Névropathe constitutionnelle, cyclothymique par l'évolution de ses troubles, psychasthénique par ses sentiments d'incomplétude, paranoïaque par sa tendance à l'orgueil et à la persécution, mélancolique par ses idées hypocondriaques, hystérique par sa tendance au pithiatisme, notre malade mérite le diagnostic d'état mixte.

Le grand intérêt que présente cette observation c'est tout d'abord la façon dont la malade exprime sa dépersonnalisation et ensuite le contraste qui existe entre l'impossibilité d'accomplir certaines opérations intellectuelles qui paraissent simples, telles que la perception corporelle et la facilité avec laquelle la malade peut effectuer d'autres opérations beaucoup plus compliquées en apparence telles que la description d'un lever de soleil sur la mer il y a plusieurs années. Elle illustre parfaitement ce que nous disions au sujet de la perte du sentiment de spécificité :

Certains malades ayant conservé les sentiments d'unité et d'identité n'ont plus la sensation d'être les maîtres de leurs états psychiques, ils leur paraissent étrangers, vagues, flous, détachés d'eux-mêmes. « J'ai, dit-elle, l'impression que rien ne m'appartient, que je ne suis plus la maîtresse de mes états de conscience, je ne peux rien faire mien, ni ma pensée, ni mes paroles, ni mes actes. »

De même pour les sensations corporelles : « Je vois bien mon corps, ma chair, mais je ne peux pas approprier ce que je vois à moi-même. »

Cette observation résume donc à elle seule les principaux troubles de dépersonnalisation rencontrés dans les états d'asthénie psychique.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Psychasthénique.

M. X... est un homme de 32 ans dont la haute et mince silhouette n'est pas dépourvue d'une certaine distinction. Il exerce l'heureux métier de propriétaire.

C'est avec beaucoup de regrets qu'il parle d'un père vénéré qui a succombé vers l'âge de 60 ans à une maladie dont le fils ne peut préciser la nature et qui aurait eu dans sa jeunesse un accès de mélancolie guéri dans des circonstances un peu particulières. Sur les conseils de son médecin il avait pris en plein hiver un bain de rivière en cassant la couche de glace qui, à ce moment, recouvrait l'eau.

Sa mère, bien portante, simplement un peu hypertendue, veilla sur lui avec une bienveillante sollicitude qui eut bien souvent l'occasion de s'exercer sur un enfant très chétif, toujours en butte à quelque misère pathologique. Une entérite, apparue dès le bas âge, et rebelle à tous les traitements, a persisté jusqu'à ce jour. Malgré les précautions prises, la fragilité de ses bronches se traduisait par de légères bronchites que les premiers froids faisaient réapparaître, et les séquelles d'une pleurésie dont il a souffert vers l'âge de 15 ans le mirent à l'abri de toute obligation militaire, ce qui l'empêcha de partir pour la guerre. Malgré ces difficultés, il put s'instruire, pour suivre un enseignement secondaire qui lui permit de préparer et de passer avec succès son baccalauréat tout en menant une vie assez pleine d'exercices physiques où il donnait la préférence à la marche et à l'équitation.

Bien qu'il fût d'un naturel très sociable, aimant la lecture et les belles choses, la compagnie des jeunes filles et des femmes, il n'eut jamais de relations sexuelles et des séances assez espacées d'onanisme paraissaient le satisfaire suffisamment.

Histoire de la maladie. — Il est difficile de préciser exactement le début des troubles qui nous occupent car certains phénomènes que nous retrouverons plus loin sous le nom de stigmates psychasthéniques avaient fait leur apparition bien avant la fin de l'année 1927

où se manifesta un accès dépressif extrêmement net en relation avec une recrudescence des troubles intestinaux.

Ce qui dominait alors, c'était l'asthénie, un peu de découragement, de l'indolence, chez un homme qui avait jusqu'alors montré beaucoup d'esprit de décision et de sens pratique, une inquiétude vague ne se rattachant à aucun objet précis, de l'insomnie fréquente, et quand il dormait des rêves à caractère pénible.

Le premier épisode vraiment intéressant date de janvier 1928. Le malade occupait depuis quelques jours le pied-à-terre qu'il avait à Toulouse; se sentant plus fatigué, il avait pris, pour retourner chez lui, un tramway sur lequel il occupa la plate-forme arrière. A l'un des arrêts, il descendit de la façon la plus normale, gagna le trottoir, parcourut une cinquantaine de mètres et fut saisi tout à coup par une angoisse atroce. Au milieu de son désarroi moral, il eut soudain l'impression que son corps était resté sur la plate-forme du tramway qui avait repris sa marche. Comme il ne pouvait douter qu'il fût en même temps sur le trottoir, il eut comme une certitude momentanée d'être double, tout en se rendant compte que la chose devait être matériellement impossible; mais l'assurance qu'il se donna à lui-même qu'il était bien à l'endroit qu'il devait naturellement occuper ne suffit pas à calmer son éréthisme émotif.

Il reconnaît que c'est là un des souvenirs les plus pénibles de son existence. Il est certain qu'il retrouve une partie de l'émotion première dans le récit qu'il fait de ces événements et il est certain aussi qu'avec des différences importantes on retrouve la marque de cet épisode dans les événements qui suivirent.

Le souvenir de cette crise d'angoisse ne cessait d'inquiéter notre malade; il cherchait malgré lui à comprendre la signification de ces curieux phénomènes, d'en expliquer la brusquerie, le caractère anormal, mais les interprétations qu'il en donne sont trop vagues et trop peu rationnelles pour mériter de fixer notre attention.

Un an plus tard, il manifesta les craintes d'avoir un système nerveux déréglé ou de perdre la raison. De nouveaux événements vinrent justifier, du moins en partie, ces appréhensions, car il fut en proie à de nouvelles angoisses causées par des sentiments d'incomplétude portant sur la perception corporelle. Couché dans son lit à l'heure

particulièrement agréable où on se laisse aller à la bonne et douce rêverie qui précède ou suit le sommeil, M. X..., pour une raison quelconque, souleva sa tête au-dessus de son oreiller et il eut alors l'impression nette qu'elle était restée dans la position antérieure, mais le raisonnement qu'il pouvait faire suffisait à lui démontrer qu'il n'en était rien. Les mêmes impressions se renouvelaient parfois dans le courant de la journée lorsque, voulant avancer son bras pour saisir un objet, il constatait avec angoisse que son membre supérieur avait parfaitement effectué le mouvement désiré, mais que les perceptions correspondant à la position première étaient encore présentes à son esprit au point de lui donner, du moins pour quelques secondes, la sensation qu'il avait deux bras. La certitude qu'il avait d'avoir été le jouet d'illusions ne suffisait pas à le rassurer car il saisissait la gravité de ces manifestations pathologiques.

C'est à partir du moment où il fit ces pénibles constatations qu'il se mit à surveiller plus attentivement ses mouvements pour voir s'ils s'accomplissaient d'une façon normale et peut-être aussi, il ne l'a pas avoué, pour voir quelle croyance il fallait ajouter à cette sensation de dédoublement. Le besoin de vérification se traduisait par la répétition fréquente d'un même mouvement et par une attention très soutenue destinée à se rendre un compte exact du déplacement de son membre dans l'espace. Comme il craint de n'avoir pas assez bien vu le point de départ et le point d'arrivée, il est tenté de recommencer indéfiniment, et cela d'autant plus que son attention volontaire concentrée se fatigue vite, l'empêche de percevoir avec la même netteté, et par conséquent l'éloigne de la certitude qu'il recherche, augmentant ainsi avec son désir de savoir le sentiment de son ignorance. Averti qu'il est par l'expérience, sachant ce qui va se passer, il s'interdit à lui-même quelquefois et peut-être avec regret cette vérification; il tente de passer à d'autres exercices, de fixer sa pensée sur d'autres objets, et il lui arrive d'y réussir.

Victoire méritée sans doute, mais combien peu satisfaisante pour le malheureux vainqueur qui voit dans cette dérivation l'origine d'une nouvelle détresse car il s'est arraché presque par devoir

à une action où il mettait un intérêt puissant et qui par conséquent lui apportait, avec une satisfaction évidente, un apaisement qui diminuait son angoisse passée. Il est juste de dire d'ailleurs qu'il trouvait au moment de ces crises de vérification un apaisement à se livrer à des exercices de gymnastique suédoise et de respiration rythmée qui agissaient peut-être beaucoup plus sur les conditions physiologiques de son état émotif que sur ses satisfactions inconscientes, ainsi que nous essayerons de le montrer.

Les phénomènes précédemment décrits ne sont pas les plus dramatiques parmi ceux dont notre malade a eu à souffrir. L'un d'eux, particulièrement intéressant, effraya considérablement son entourage et se prolonga assez longtemps pour que M. le Professeur Perrens, appelé en consultation auprès de lui, ait eu la bonne fortune d'en constater les dernières manifestations. Voici ce qui s'était passé : Sur les conseils du médecin de la famille, M. X... décida de prendre un bain vers 4 heures de l'après-midi. Après avoir donné les ordres nécessaires à cet effet, il se déshabilla dans sa chambre, pénétra en chemise dans la salle de bain, s'approcha de sa baignoire, s'arrêta brusquement, et, debout, la tête légèrement penchée en avant, le regard errant sur la surface de l'eau, sans prendre le moindre appui qui lui aurait permis de supporter avec moins de fatigue une situation particulièrement pénible, M. X..., au grand étonnement de sa famille, garda pendant quatorze heures une attitude d'où rien ne paraissait devoir le faire sortir.

Ce n'est que le lendemain, vers 6 heures, que sa mère et le domestique de la maison parvinrent à le faire coucher dans son lit où M. le Professeur Perrens le trouva, dans une attitude qui rappelait celle d'un grand catatonique, mais dont la raideur caractéristique de cet état disparut peu à peu au cours de la conversation.

Il semble bien que, pendant cette crise, le malade ait été en proie à une angoisse pénible, mais il est très difficile d'avoir des notions exactes sur ce qui se passa en lui car il ne parle de cet événement qu'avec beaucoup de répugnance et manifestement il a honte d'avoir eu des témoins de sa défaillance.

Si l'on en croit ses dires, il sentait seulement devant sa baignoire son impossibilité à se décider pour l'une de ces deux expressions qui se présentaient à son esprit : « Prendrai-je mon bain ou ne le prendrai-je pas ? » et ces deux propositions se succédaient à l'exclusion de toute autre représentation mentale.

Sa mère, qui avait passé à ses côtés une nuit pénible et qui souffrait de le voir dans cette attitude singulière, ne cessa de l'exhorter à la décision la plus naturelle : « Prends ton bain », lui disait-elle. « Oui, petite maman, je vais le prendre », répondait-il. Ou bien encore : « Mon fils, va te coucher ». A quoi il répondait : « Ne t'inquiète pas, mère chérie, je vais y aller ».

Une crise d'une pareille longueur ne s'est jamais reproduite pendant l'année suivante, mais il ne se passa pas de jour que M. X... ne présentât des phénomènes d'arrêt d'une durée plus ou moins longue, dépassant parfois une heure.

A table, sa mère, qui est en face de lui, note le fait suivant : prenant son potage de la façon la plus normale, il est gai, son visage n'exprime que le calme et la sérénité. Tout d'un coup, ses sourcils se rapprochent, son regard inquiet se fixe sur un point imprécis, et son attitude est celle de la méditation un peu douloureuse. Ses deux mains sur la table, figé dans la position qu'il vient de prendre, il garde une immobilité de statue. Si on l'interroge sur ces brusques modifications de sa manière d'être, il répond invariablement : « Ne t'inquiète pas, mère chérie, cela va passer. » Cela passe, en effet, mais quelquefois en tardant beaucoup. Tantôt il est pâle et donne l'impression de souffrir, tantôt de grosses gouttes de sueur coulent sur son visage et il est un peu plus coloré que d'ordinaire.

Il sort de cet état brusquement, brutalement si l'on peut dire, comme s'il se débarrassait de l'action accablante d'une force étrangère soudainement arrachée, et il reprend le fil de la conversation si malheureusement interrompue.

Mais si cette conversation présente pour lui un intérêt plus grand, son seul malaise se traduit alors par un léger froncement de sourcils et par un clignement de l'œil gauche qu'on lui voit si souvent et qui, s'accompagnant d'une légère diminution de la fente

palpébrale, donne l'impression d'une énophtalmie unitatérale passagère.

Des phénomènes identiques pouvaient se reproduire à l'occasion de l'accomplissement d'un acte quelconque. C'est ainsi qu'il s'arrêtait brusquement dans la rue au cours d'une promenade; il lui arrivait de faire souvent des stations sur le palier de sa maison après avoir monté l'escalier d'une façon normale; il restait ainsi debout pendant plusieurs heures avant de se décider à tourner vers le corridor qui le conduisait à sa chambre. Mais ce qui lui paraissait le plus pénible, c'étaient les crises d'immobilité qui le surprenaient dans son lit alors qu'il était couché pour dormir. Au moment où il désirait faire un mouvement, une angoisse si soudaine et si violente le saisissait qu'au lieu d'accomplir le changement de position désiré, il se raidissait brusquement de tous les muscles de son corps et était incapable d'effectuer le moindre mouvement. La lutte intérieure qui se livrait en lui-même pour aboutir au résultat désiré n'avait d'autre résultat que de le désespérer moralement et de l'épuiser physiquement, car pendant toute la durée de la crise son corps était couvert de sueurs abondantes. Dans l'intervalle de ses accès, M. X... allait, venait, agissait. Il faut convenir que son attitude générale et surtout ses gestes avaient quelque chose d'anormal. Tous ses mouvements manquaient de souplesse et de mesure dans leur exécution, ils étaient saccadés.

Assis, les jambes croisées, il causait avec un interlocuteur lorsque soudain, sans raison apparente, il devenait inquiet, fronçait les sourcils, semblait méditer un changement de position et brusquement il décroisait ses jambes avec la rapidité et la raideur d'un automate. Les gestes les plus simples étaient exécutés avec la même brusquerie, tandis que certains exercices plus délicats, l'écriture par exemple, étaient effectués avec la plus grande facilité. De même, les inspirations profondes, les mouvements de gymnastique suédoise qu'on lui avait conseillé de faire étaient accomplis de la façon la plus normale.

Lorsqu'il le pessimisme de notre malade était moindre, lorsque la confiance semblait revenir en lui, son angoisse diminuait et il retrouvait une plus grande facilité à agir sans raideur tandis que ses

crises d'immobilité s'atténuaient beaucoup ou disparaissaient complètement.

Etat mental. — On peut affirmer que M. X... est fort intelligent; il a une excellente mémoire, un jugement très droit et du bon sens. Il possède en outre un sentiment si vif des réalités pratiques que, obligé depuis la mort de son père de gérer une propriété importante, il s'acquitte de sa tâche d'une façon parfaite et ne cesse d'accroître la fortune qui lui a été laissée, malgré les difficultés de toutes sortes qu'il rencontre tous les jours à cause de l'étroite surveillance qu'il doit exercer sur un nombreux personnel. Malgré toutes ces occupations, il trouve des loisirs pour augmenter sa culture intellectuelle, lit les poètes, les philosophes et les économistes.

Depuis son adolescence, il avait eu de nombreuses occasions de fréquenter des jeunes filles et des femmes, mais jamais il ne s'était engagé dans une aventure sentimentale. Il était retenu et dominé par une certaine crainte dont il n'a jamais voulu avouer la nature, mais il est fort probable que la faible intensité de son désir déterminait seule sa façon d'agir. Et pourtant cette sorte d'isolement où il vivait, la notion que sa continence faisait de lui un être anormal, peut-être un peu ridicule, le tourmentaient assez pour qu'il puisse songer au mariage; il arrêta même son attention sur diverses jeunes filles de la région, mais il ne prit aucune décision définitive. Habituellement triste, il traversait des périodes pendant lesquelles son inquiétude et son pessimisme augmentaient.

Au point de vue physique. — L'état général est passable; la maigreur persiste malgré le repos et une très bonne alimentation. On a trouvé quelques traces d'albumine dans ses urines, d'une façon intermittente.

La langue est presque toujours saburrale; la paresse intestinale est très marquée, les selles sont très fétides. Les bronchites qui étaient autrefois si fréquentes ont cessé depuis le début de la dernière crise. L'examen du système nerveux ne décèle rien de particulier; dans l'intervalle des crises, on ne trouve aucun trouble de la motricité, de la sensibilité et de la réflexivité.

Tel était l'état que présentait M. X... il y a un an environ. La guérison est apparue à la suite d'un séjour en Bretagne au cours duquel

le malade suivit un traitement tonique et fit de nombreux exercices physiques; il a retrouvé plus d'optimisme, plus d'entrain et une grande confiance dans son avenir.

Diagnostic. — Au cours d'une période de dépression, notre malade a donc présenté, premièrement, un sentiment de dédoublement s'accompagnant d'une angoisse très marquée, et, deuxièmement, des troubles de la motricité volontaire se traduisant par des crises d'immobilité et une raideur particulière dans l'exécution des mouvements.

Ces symptômes, joints à la dépression physique et à l'évolution de la maladie, doivent nous orienter vers le diagnostic de psychasthénie. Une telle perturbation de l'effort volontaire est cependant très rare dans les états d'asthénie; on les rencontre plus souvent dans la démence précoce où ils paraissent se présenter de la même façon. Il existe pourtant des différences entre ces deux états et l'exposé de deux observations va nous permettre de mieux les saisir.

OBSERVATION XVIII.

(Professeur PERRENS.)

M. X..., étudiant, 30 ans. Elève consciencieux, que les résultats récompensaient mal de son application. Ses camarades se moquaient de lui et ne lui épargnaient pas les mauvais tours. Il obtint son baccalauréat après trois échecs en rhétorique et deux en philosophie. Il raconte qu'un soir de 1905, comme il s'était enivré au point de ne pouvoir se diriger, des amis de fortune le reconduisirent chez lui et se payèrent eux-mêmes de leur obligeance en le dévalisant. S'il n'est pas démontré que cette aventure soit la cause de la maladie actuelle, il est certain qu'elle en marque le début. Dès lors, il éprouva une difficulté croissante à accomplir la moindre besogne. Au cours, il était distrait; il passait de longues heures devant sa table de travail, mais son attention se dispersait sur les objets les plus divers. Des phobies venaient l'assaillir : la crainte de se salir les mains au contact des objets de bois, etc. A l'occasion de l'acte le plus insignifiant, il ne pouvait s'empêcher de penser qu'il en serait incapable; une émotion intense le saisissait, accompagnée

d'anxiété douloureuse et d'angoisse précordiale; il lui semblait que son cœur était comprimé comme dans un étai, que la respiration allait lui manquer, qu'il était prêt à défaillir. Peu à peu l'obsession perdit de sa forme, se dépouilla de son élément émotif et devint une véritable stéréotypie.

Etat actuel (nov. 1910). — Il raconte, avec une lenteur désespérante comme si les idées ne se présentaient à son esprit qu'après une laborieuse maturation, les difficultés qu'il éprouve.

Le matin, réveillé vers 6 heures, il essaye aussitôt d'ouvrir les yeux sans y parvenir; ce n'est qu'au bout d'une demi-heure qu'il parvient à vaincre l'obstacle. Ensuite, il désire se lever; il s'assied d'abord en s'aidant des bras et il reste dans cette position pendant un certain temps; il lui arrive de lutter pendant plusieurs heures avant de réussir à se mettre debout. Depuis un ou deux mois, il a renoncé à se lever seul. Un domestique le saisit à bras le corps, l'arrache de son lit, le met sur pied et l'habille.

Quand il marche, mêmes hésitations, surtout aux carrefours et aux tournants des rues. Un matin qu'il se frottait vigoureusement la tête avec une brosse dure, il se mit le cuir chevelu en sang faute de ne pouvoir s'arrêter assez tôt.

Pendant que M. X... raconte ses misères, rien ne trahit en lui la moindre émotion. Son visage demeure inexpressif et morne.

Examen des mouvements. — Nous prions M. X... d'exécuter quelques mouvements simples; ouvrir ou fermer les yeux, lever un bras. Voici ce qui se passe : l'ordre donné ne modifie pas d'abord en quoi que ce soit l'impassibilité du sujet, cinq, dix, vingt, trente secondes s'écoulent, parfois une minute, rien; tout d'un coup, au moment le plus imprévu, le mouvement commandé se produit. Il est soudain, brusque, et atteint, dès son point de départ, son maximum de vitesse. Enfin, il est précis...

Lorsqu'il a commencé certains mouvements, si l'on veut l'arrêter de force, on n'y parvient qu'à grand'peine, car il résiste vivement à l'effort qui lui est opposé.

L'état général est satisfaisant; le malade ne se plaint de rien, et déclare qu'il serait exactement comme tous les autres s'il avait de la volonté.

Voilà donc un homme qui, ayant un système nerveux intact, n'arrive qu'avec peine à exécuter les mouvements les plus simples. Quelles sont les causes de cette longue période d'attente qui sépare le moment où l'acte est décidé comme immédiatement nécessaire du moment où il est effectivement réalisé?

La première est une idée obsédante. Au moment d'agir, l'idée qu'il en est incapable surgit et l'obsède à tel point qu'elle exerce une action inhibitrice considérable. Au début, cette obsession était accompagnée d'angoisse, puis le facteur émotion a disparu. La deuxième est un état de « distraction onirique ». « Je veux sortir de ma chambre, mais ma porte fermée m'arrête. Alors, je pense à autre chose, je me fais mille idées; je voyage, je suis loin. Tout à coup je me réveille : « Ah! où suis-je? » Reconnaisant ma chambre : « Qu'est-ce » que je fais donc devant cette porte? » Je me rappelle que je dois sortir et aussitôt avant d'être surpris par d'autres idées, j'ouvre ma porte et je m'en vais. »

Les rêves exercent sur notre malade une domination tyrannique : ils s'en emparent à l'improviste et s'imposent avec leur incohérence d'idées et d'images jusqu'à ce qu'un fait quelconque, un bruit, une question ou le rappel spontané d'un projet momentanément oublié le ramènent tout à coup à la réalité. L'obstacle dont il parle fréquemment naît de la coexistence dans son esprit de deux groupes d'idées différentes; c'est de la prééminence du rêve sur l'idée motrice que vient son inaction, et inversement.

Contrairement aux psychasthéniques obsédés, jamais le malade ne fait la moindre allusion à ses propres souffrances. Il est indifférent à tout : ni gai, ni triste, il ne paraît s'inquiéter en aucune façon de l'état où il est tombé.

Son affectivité est donc considérablement troublée, et ce qui le prouve c'est que ses troubles du mouvement disparaissent quand il peut puiser dans une surexcitation passagère de ses sentiments et de ses désirs l'énergie qui lui fait généralement défaut.

Quoi qu'il s'adonne ordinairement à l'onanisme, il recherche la femme à intervalles éloignés, tous les deux ou trois mois environ. Or, son jour venu, dès qu'il a pénétré dans la chambre de sa partenaire, l'émotion qu'il ressent et le désir précis qui la provoque opèrent en lui une curieuse transformation. Plus d'idées obsédantes ni de rêves importuns : il se déshabille rapidement, sans hésitation, sans arrêt, sans éprouver la moindre gêne, et il accomplit l'acte sexuel comme un individu normal. Ce n'est que dans la période de dépression consécutive que reparaissent les phénomènes habituels. On voit donc que si, par hasard, un groupe de sentiments associés et plus violents que d'habitude vient fortifier l'idée de l'acte à accomplir, celle-ci s'impose en maîtresse unique et se réalise irrésistiblement sans hésitation et sans à-coup.

Ce fait prouve que la cause de ces troubles est une insensibilité relative, un affaiblissement général de la sensibilité; ce qui est atteint « c'est la vie affective, c'est la possibilité d'être ému » (Ribot).

Le diagnostic de démence précoce, fait à ce moment-là par M. le Professeur Perrens, paraît être confirmé par un cas sensiblement analogue publié par Minkowski sous le nom de « stéréotypies psychiques ». (Le terme de stéréotypie a été employé par les deux auteurs; et le terme de « distraction onirique », trouvé dans la dernière observation, a été remplacé par celui de « attitude interrogative ».)

OBSERVATION XVIII.

(MINKOWSKI)

Paul C., lycéen, âgé de 17 ans, s'est développé d'une façon normale. Il réussissait bien dans ses études, comme nous le racontent ses parents, et manifestait un goût très marqué pour la peinture. Il y consacrait tous ses loisirs. Il avait toujours été très renfermé et fréquentait peu ses camarades.

Au point de vue intellectuel il paraissait bien équilibré, aimant

beaucoup la précision, il cherchait toujours à approfondir les choses. Ce trait particulier était considéré par tous comme une qualité. Paul avait ainsi la réputation d'avoir « l'esprit d'aplomb ». Il était même en avance sur son âge.

Le début de l'état actuel remonte à neuf mois environ. Paul commence à se plaindre du manque d'énergie et de fatigue morale. Quelque temps auparavant il semble avoir été préoccupé par des questions d'ordre sexuel. Le dernier trimestre au lycée a été médiocre; puis il interrompt complètement ses études. Il commence à cette époque à contrôler ses actes, à s'assurer par exemple à plusieurs reprises qu'il avait bien fermé les portes. Tous ses actes deviennent d'une lenteur extrême. Une chose aussi simple que mettre un mouchoir sous le traversin en se couchant demandera maintenant parfois une heure et plus; il dit vouloir s'assurer que le mouchoir ne déborde nulle part le traversin sous lequel il a été posé. Une aggravation très rapide se produit; en faisant sa toilette, il tourne et retourne les boutons de ses vêtements, n'en sort plus; ses parents se voient, en fin de compte, obligés de l'habiller et de le déshabiller eux-mêmes. Les repas se prolongent indéfiniment, il inspecte à n'en plus finir les plats, assiettes, couteaux et fourchettes. Il passe maintenant des heures entières au cabinet. Nous lui demandons un jour pourquoi il reste des heures entières au cabinet. Voici transcrit textuellement ce qu'il nous répond :

« Quand je dois aller au cabinet, je regarde d'abord l'heure pour ne pas rester trop longtemps, il faut un certain temps pour regarder la montre; je regarde ainsi pour être sûr de l'heure qu'il est; si la petite aiguille est un peu plus loin ou un peu plus près qu'elle ne devrait être par rapport à la grande aiguille, je ne suis plus sûr de rien, voilà la chose.

» Après être entré au cabinet, je ne suis pas sûr d'avoir fermé la porte. Puis je regarde le vasistas et pense à la possibilité d'un courant d'air. Je tire plusieurs fois sur la porte pour m'assurer qu'elle est fermée. Puis, comme la porte se ferme mal, je regarde l'interstice qui reste, de haut en bas; je regarde si le jour qui filtre à travers cet interstice est de la même intensité que d'habitude. Puis je regarde une petite chose que j'ai remarquée, dès le début

dans la porte : la peinture est partie du clou, mais il est resté un petit liséré. Je regarde ensuite la porte et me demande si je serai vu; au fond ça ne me fait rien d'être vu, c'est par principe que je m'en assure et que j'y pense. »

La conduite de Paul ressemble de prime abord à celle d'un phobique ou d'un obsédé; lui-même parle d'ailleurs de manies et d'obsessions.

Une observation plus détaillée nous fait toutefois changer d'avis.

Nous constatons tout d'abord que l'élément émotif fait entièrement défaut. Paul, en nous décrivant ses troubles, n'est pas angoissé; il semble être plongé dans une inertie particulière.

A la maison, tous les jours, il regardait longuement les trois pendules pour s'assurer qu'elles marquaient exactement la même heure; ses parents finirent par recouvrir les cadrans de deux d'entre elles. Paul ne réagit pas par une crise d'angoisse, il reste impassible et pense à autre chose.

Non seulement le facteur émotif fait défaut, mais encore « l'élément personnel » s'efface presque entièrement. Les questions qu'il pose concernent avant tout l'ordre objectif des choses, comme l'exactitude de la pendule, la largeur du liséré, etc. L'élément « doute » intervient, mais il ne domine pas la situation; il ne nous apparaît que comme une des modalités de l'attitude générale de notre malade.

Dans ces deux cas qui, au point de vue clinique, doivent être considérés comme identiques, il s'agit d'une attitude passive caractérisée avant tout par le fait que le malade ne peut poursuivre l'exécution d'un acte à cause de nombreuses idées qui surgissent à ce moment dans son esprit et qui ont pour lui autant d'importance que l'idée à accomplir.

Minkowski parle dans ce sens d' « attitude interrogative »; ce n'est pas une curiosité qui impliquerait le désir de connaître quelque chose, il n'y a plus de désir bien défini, ou bien le désir qui s'attacherait à l'exécution d'un acte n'est pas plus grand que celui qui s'attacherait à l'exécution d'un autre.

« L'expression « affaiblissement pragmatique », en faisant ressortir avec toute la netteté voulue que le malade dispose de ses facultés intellectuelles, mais ne s'en sert plus d'une façon conforme aux exigences de la réalité, semble tout à fait à sa place ici » (Minkowski.)

Quatre ans après, l'auteur donne de nouveaux renseignements sur ce malade dont l'état s'est aggravé; le processus schizophrénique a progressé, entraînant la déchéance de la personnalité.

Les manifestations cliniques rencontrées chez notre malade (Obs. XVI) se rapprochent de celles que nous venons de constater dans ces deux dernières observations. Comme l'étudiant de l'observation (XVII) M. X... reste pendant de longues heures immobile et peut, après quelques hésitations, exécuter brusquement un mouvement qu'il semblait méditer. Mais alors que dans le premier cas ce temps perdu paraît être occupé uniquement par de nombreuses réflexions plus ou moins absurdes et toujours dépourvues d'intérêt pour le malade, dans le deuxième, l'élément purement idéatif est remplacé par un élément affectif qui est une angoisse profonde. Observons l'étudiant : il désire effectuer un acte quelconque; rien ne traduit son inquiétude, rien sur son visage ne témoigne d'une émotion même légère; l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'arriver à ses fins n'engendre chez lui aucune angoisse et il peut exposer ses faits sans exprimer un bien grand regret.

Il n'en est pas de même de M. X... Alors que, occupé à manger son potage, il cause d'une façon tout à fait normale avec sa mère, on voit ses sourcils se froncer brusquement, une vive inquiétude se lit sur son visage, et commence alors cette crise d'immobilité pendant laquelle l'angoisse dont souffre le malade se traduit par une pâleur anormale, une sueur abondante.

Que se passe-t-il à ce moment dans son esprit? Il ne l'a pas dit, mais il a fait part de ses vains efforts pour sortir de cet état d'inertie. Nous ne serions pas éloignés de croire qu'il

est dans un état analogue à celui que nous ressentons lorsque, en rêve nous voulons faire un mouvement qu'il nous est impossible de réaliser malgré les exigences d'une situation souvent périlleuse; notre angoisse est alors extrême ainsi qu'en témoignent les phénomènes physiologiques que nous pouvons constater si nous nous réveillons à ce moment, tels que la sueur ou la tachycardie.

Ce qui domine ici, c'est l'émotion, l'angoisse, l'élément affectif qui a remplacé l'élément purement intellectuel rencontré chez les deux schizophrènes. De même que notre psychasthénique ne pouvait effectuer l'opération intellectuelle qui lui aurait permis d'avoir conscience d'une personne unique au lieu d'une personnalité dédoublée, de même il ne peut accomplir un mouvement extrêmement simple tel que celui de se mettre dans son bain.

Dans les deux cas, cette impossibilité engendre une angoisse pénible.

Le schizophrène n'agit pas parce qu'il pense à autre chose; le psychasthénique ne peut pas agir, et il en souffre; mais pourquoi ne peut-il pas agir? D'après P. Janet, cette incapacité momentanée serait due à la perte d'une fonction intellectuelle supérieure qu'il appelle la fonction du réel et qui comprend : l'action volontaire nous permettant d'agir sur les objets extérieurs, l'attention, la croyance, l'orientation et l'émotion. A la faveur d'un abaissement de la « tension psychologique », conditionné par des causes mal définies, les phénomènes supérieurs ne peuvent plus s'effectuer et cèdent la place aux phénomènes inférieurs tels que l'émotion, l'angoisse, qui est considérée comme l'élément le plus simple dans la hiérarchie des phénomènes psychologiques.

Cet élément prend un développement considérable qui paraît en disproportion avec le point de départ. Le sujet voulait faire volontairement une action simple et voici qu'à sa place se développent des agitations énormes, des ruminations durant des heures, des angoisses avec troubles respiratoires et cardiaques qui paraissent très graves.

Quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un certain phénomène reste inutilisée parce que celui-ci est devenu impossible, il se produit des *dérivations*, c'est à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes. Il y a en apparence une disproportion telle que l'on a quelque peine à comprendre pourquoi la seconde manifestation est le substitut de la première.

Cela s'expliquerait par l'utilisation de réserves d'énergie affective qui n'auraient pu être utilisées à des fins sexuelles et qui s'extérioriseraient brusquement sous forme d'angoisse, de rumination mentales, d'agitations motrices diverses. On peut ainsi voir comment la théorie de la dérivation de P. Janet se rapproche de la conception freudienne.

Nous avons interprété notre observation en nous servant de la théorie de P. Janet, basée sur la perte de fonction du réel due à un abaissement de la tension psychologique; si cette interprétation paraît dans une certaine mesure donner une explication assez vraisemblable des faits, on est tout de même obligé de se demander comment un psychasthénique tel que M. X... n'a plus la possibilité d'effectuer un acte très simple tel que celui de se mettre dans son bain, alors que, en période de crise, il peut prendre les décisions les plus énergiques. Par exemple ayant appris que ses métayers profitaient d'un relâchement de la surveillance pour le léser dans ses intérêts, il se rendit lui-même auprès d'eux et leur prouva qu'il fallait encore compter avec lui.

Un fait analogue a été constaté dans l'observation du schizophrène qui pouvait accomplir certains actes quand un intérêt plus grand s'attachait à leur exécution.

Cela prouve que des faits cliniques identiques peuvent être constatés dans des maladies différentes, ce qui rend particulièrement difficile le diagnostic de certaines maladies mentales.

CONCLUSIONS

Après avoir abordé les nombreux problèmes rencontrés au cours de l'étude d'une question dont la complexité ne permet peut-être pas un exposé à la fois bref et complet, nous tenons à faire remarquer l'effort de simplification que nous avons essayé d'apporter dans la classification des troubles de la personnalité et à indiquer les quelques idées qui nous sont personnelles :

I. — Dans la partie psychologique traitant de la formation de l'individu, nous avons donné une très grande place à l'**affectivité**.

Elle constitue, avec l'instinct et l'intelligence, un des trois piliers de la personnalité, car elle mérite d'être détachée des tendances instinctives, ainsi que l'étude de la démence précoce le prouve. Elle sert de lien entre l'intelligence et l'instinct, qui, sans elle, sont des éléments inertes et statistiques.

II. — La personnalité acquise s'unissant à la personnalité innée constitue la personnalité véritable, qui nous apparaît comme étant le « résultat de la façon particulière dont un individu se sert de ses facteurs intellectuels pour donner à ses tendances une valeur déterminée lui permettant de s'adapter au milieu extérieur afin d'assurer sa conservation et celle de son espèce ».

III. — Nous ne pouvons avoir de cette personnalité qu'une idée extrêmement vague, car la plupart de ses éléments sont inconscients.

IV. — Cependant, le trouble qui les atteint peut être considéré comme tel par un jugement resté sain et pouvant comparer les réactions normales anciennes avec les réactions pathologiques actuelles.

V. — A ces troubles doivent être opposés ceux de la perception ou de la conscience de la personnalité, qui peuvent être classés de la façon suivante :

A. — Troubles relatifs à la personne mentale :

- 1° Perte du sentiment d'unité et d'identité;
- 2° Perte du sentiment de spécificité ou dépersonnalisation;
- 3° Perte du sentiment de capacité.

B. — Troubles relatifs à la personne physique :

- 1° Perte du sentiment d'unité et d'identité;
- 2° Perte du sentiment de spécificité;
- 3° Perte du sentiment de capacité.

Ces troubles de la conscience du « moi » peuvent être conscients ou inconscients.

Ils sont conscients quand l'individu se plaint de la difficulté qu'il éprouve à percevoir sa personne mentale ou physique.

Ils sont inconscients quand il affirme avoir une personnalité ne correspondant pas à celle que nous pouvons observer chez lui.

Deux remarques ont été faites au cours de l'interprétation des nombreuses observations présentées :

1° Le dédoublement des obsédés et des persécutés n'est que le résultat d'une comparaison, d'une image empruntée par le sujet pour traduire un état difficilement exprimable.

Le véritable sentiment de dédoublement analogue au sentiment de dépersonnalisation se rencontre chez certains psychasthéniques, ainsi que le prouve l'observation XVI;

2° Les troubles de la motilité volontaire rappellent quelque-

fois dans la psychasthénie ceux que l'on observe chez les schizophrènes.

Dans le premier cas, l'impossibilité d'agir engendre une crise d'angoisse qui occupe à ce moment toute l'activité de l'individu; dans le deuxième cas, c'est une série de questions et d'interrogations dépourvues de tonalité affective qui dérive l'attention du malade et le paralyse.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 mai 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AMIEL. — Journal intime, 2 vol. Genève, Georg, 1882, Nouv. éd., 3 vol., 1922.
- AZAM. — Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité. Paris, J.-B. Baillière, 1887.
- BERGSON. — Essai sur les données immédiates de la conscience. Paris, Alcan, 1889.
- BOREL. — Rêverie et délire de la grandeur. *Journ. de psychol.*, 1909.
- COTARD. — Etudes sur les maladies cérébrales et mentales. Paris, J.-B. Baillière, 1891.
- DAGNAN-BOUVERET. — *C. R. Revue philosophique*, 1910, II.
- DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine. Flammarion, 1923.
- DUGAS. — Un cas de dépersonnalisation. *Revue philosophique*, 1898, I.
- DUGAS et MOUTIER. — La dépersonnalisation. Paris, Alcan, 1911.
- EGGER. — Le « moi » des mourants. *Revue philosophique*, 1896, I.
- HERZEN. — Continuité et identité de la conscience et du « moi ». *Revue philosophique*, 1876, II.
- HESNARD. — Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie. Thèse Bordeaux, 1909.
- HEYMANS. — Eine enquete über Depersonnalisation und « Fausse Reconnaissance ». *Zeitschr. f. Ps. und. Physiol. des Sinnesorg.*, XXXVI, 1904.
- JAMES (W). — Principles of Psychology. New-York, Macmillan, 1890.
- Précis de psychologie. Trad. franç., Paris 2^e éd., 1910.
- JANET (Pierre). — Les obsessions et la psychasthénie. Paris, Alcan, 1903.

- JANET (Pierre). — Une Félida artificielle. *Revue philosophique*, 1910, II.
- L'automatisme psychologique. Paris, Alcan, 1889.
- JULIUSBURGER. — Ueber Pseudo-Melancolie. Zur Symptomatologie der Melancolie. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.* XVII, 1905.
- KAFKA. — Versuch einer kritischen Darstellung der neueren Anschauungen über das Ichproblem. *Arch. f. die ges. Ps.*, XIX, 1910.
- KRETSCHMER. — Précis de psychologie médicale. Paris, Payot, 1925.
- KRISHABER. — De la névrose cérébro-cardiaque. Paris, 1873.
- LANGE. — Les émotions. Trad. G. Dumas., Paris, Alcan, 1896.
- LEROY (Bernard). — Sur l'illusion dite dépersonnalisation. *Revue philosophique*, 1898, II.
- LOEWENFELD. — Ueber traumatische und verwandte Zustände. *Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.*, 1909.
- MAUTHNER. — Wörterbuch der Philosophie, neue Beiträge zu einer Kritik der Sprache. München, G. Müller, 1910.
- MORTON PRINCE. — La dissolution d'une personnalité. Trad. franc., Paris, Alcan, 1911.
- OESTERREICH. — Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie. *J. für Psych. u. Neur.*, VII-IX, 1906-1908.
- PIÉRON. — La théorie périphérique des émotions et les expériences de Gemelli. *Journal de psychologie*, 1910.
- RIBOT. — Psychologie des sentiments. Paris, Alcan, 1896.
- Maladies de la personnalité. Paris, Alcan, 1885.
- RICHEL. — Personnalité et mémoire dans le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1883, I.
- SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales. Paris, Asselin et Houzeau, 1895.
- SOLLIER. — Le mécanisme des émotions. Paris, Alcan, 1905.
- STENDHAL. — *Souvenirs d'égotisme*. Paris, 1892.
- STORCH. — Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen unter Berücksichtigung ihrer muskularen Komponenten. *Monatsschr. f. Psych. u. neur.*, XI, 1902.

TAINE. — De l'intelligence, 4^e éd., Paris, Hachette, 1883.

TAINE. — Sur les éléments et la formation de l'idée du « moi ». *Revue philosophique*, 1876, I.

— Intelligence. *Revue philosophique*, 1876, II.

VAN EEDEN. — Quelques observations sur les phénomènes dits spiritiques. Congrès de psychologie, 1900. Paris, Alcan, 1901.

WERNICKE. — Grundriss der Psychiatrie (Psycho-physiologische Einleitung), 1894; trad. franc. in *Rev. de Psych. clin. et therap.*, 1899-1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION.....	11

PREMIÈRE PARTIE

La personnalité normale. Son analyse.

I. <i>La personnalité innée</i>	17
1° Les propriétés primordiales de la vie.....	17
2° L'instinct.....	19
3° L'affectivité.....	22
4° L'intelligence.....	23
II. <i>La personnalité acquise</i>	25
III. <i>Conscience et perception de la personnalité</i>	30

DEUXIÈME PARTIE

Les troubles de la personnalité.

I. <i>Les troubles des éléments de la personnalité</i>	41
1° Troubles de l'instinct.....	41
2° Troubles de l'affectivité.....	48
3° Troubles de l'intelligence.....	52
4° Conscience des troubles des éléments constitutants de la personnalité.....	56
II. <i>Les troubles de la perception de la personnalité</i>	59
1° Historique.....	59
2° Troubles relatifs à la perception de la personne mentale.....	65
1. Se rapportant au sentiment d'unité.....	65
A. Dédoublément avec coexistence des deux personnalités.....	65
a) Chez les obsédés.....	65
b) Chez les persécutés.....	75
B. Dédoublément par alternance.....	78
2. Perte du sentiment de spécificité.....	82

	Pages
3. Pathologie du sentiment de capacité.....	83
A. Augmentée.....	83
B. Diminuée.....	85
3. <i>Troubles de la perception de la personne physique</i>	88
1° Dépersonnalisation en général.....	89
2° Hallucinations cénesthésiques.....	94
3° Perte du sentiment d'unité et d'identité.....	98
4° Troubles du sentiment de la puissance corporelle.....	100
CONCLUSIONS.....	123
BIBLIOGRAPHIE.....	127

